

Universidad Autónoma Metropolitana
Licenciatura en Política y Gestión Social



Violencia obstétrica en el servicio de salud en México.

Tesis para obtener el Título Profesional en Política y Gestión Social

Karen Sofía Frías Flores
Verónica Concepción Rodríguez Hurtado

Asesora
Anna María Fernández Poncela

Ciudad de México, México

Septiembre 2022

DEDICATORIAS

A mis padres, hermanos, mi hermana querida Daniela y a Sofí, mi compañera y amiga por compartir este trabajo.

Verónica Concepción Rodríguez Hurtado

A mis padres Juan Carlos y Sandra que con su amor, esfuerzo y apoyo incondicional en todo momento me han motivado a realizar mis metas. A mi hermana Ana por el cariño, el compañerismo recibido durante todos estos años y las palabras de aliento que siempre me motivaron a seguir. A mi abuela Graciela que siempre confió en mí, por ser mi segunda madre y por compartir tantos momentos conmigo. A Mariana quien apoyó y alentó mis sueños, por el cariño que me ha brindado. A mis amigos que confiaron en mí y me dieron ánimos de continuar. A Vero mi compañera y amiga por compartir este trabajo y las experiencias durante la realización de este.

Karen Sofia Frias Flores

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra asesora de tesis Anna María Fernández Poncela por su acompañamiento en este trabajo terminal.

Agradecemos a nuestra profesora de seminario de investigación María Elena Vega Torres que también nos acompañó en la elaboración de este trabajo terminal, sus consejos, dedicación, paciencia y su compromiso por ayudarnos.

De la misma manera agradecemos a nuestros docentes por esta formación profesional.

Karen Sofia Frias Flores

Verónica Concepción Rodríguez Hurtado

Índice

Introducción	7
Marco Teórico.....	8
Esterilización y anticoncepción forzada	13
Marco Histórico.....	19
Antecedentes de la violencia obstétrica: es violencia o no es violencia	19
Sistema de Salud en México.....	23
IMSS	25
ISSSTE	26
PEMEX	26
ISSFAM.....	27
SEMAR	28
INSABI	29
Centros de salud	31
Análisis de insuficiencia de recursos.....	34
Violencia obstétrica desde el punto de vista de violencia de género	36
Experiencias internacionales	38
Comparativa de la violencia obstétrica en países de América Latina y México.....	42
Normativa respecto la violencia obstétrica en México	52
Mecanismos que actúan en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos	55
Entrevistas.....	58
Conclusiones	64
Anexos	67
Publicación de Facebook	67
Boletín para localizar personas referentes al tema	68
Guía de entrevista.....	69
Denuncia realizada ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de la Ciudad de México.....	70
Bibliografía.....	75

Resumen

Introducción: La violencia obstétrica es un tema poco conocido, pero bastante común en las mujeres en México, ya que este tipo de violencia se refiere a que las mujeres son juzgadas, atemorizadas, humilladas o lastimadas física y psicológicamente, antes, durante y después del embarazo. En México son pocos los estados que tipifican este tipo de violencia hacia la mujer, pues no hay un avance respecto a una ley que las proteja. Dado esta situación, donde los casos de violencia obstétrica siguen existiendo, queremos investigar ¿Por qué la violencia obstétrica se sigue replicando por los servicios de salud en México? Especialmente, en un mundo donde se habla tanto de los derechos de las mujeres, este tema parece soslayado.

Objetivo General: Qué cuestiones y mecanismos influyen para que la violencia obstétrica prevalezca en el sistema de salud de México.

Objetivos Específicos:

- Definir y conocer qué es la violencia obstétrica en México
- Comparación entre Violencia Obstétrica y Violación de los Derechos de las Mujeres en los Servicios de Salud Reproductiva
- Revisar las razones de por qué se replica la violencia obstétrica

Hipótesis: Existe poca comprensión por parte de la sociedad sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Se lleva a cabo prácticas que desencadenan violencia obstétrica por parte de Instituciones de salud que reproducen este tipo de violencia por discriminación, juicios morales, humillación y dominación por parte de personal médico.

Justificación: El motivo que nos llevó a realizar esta investigación sobre los derechos sexuales y reproductivos en México es la poca reflexión que se tiene sobre

el tema y la recurrencia con la que se ha presentado casos de violencia obstétrica. Aunque existen mecanismos para combatir este tipo de violencia, el objetivo es informar sobre la problemática, que no se siga reproduciendo y hacer del conocimiento público.

Metodología:

En la presente investigación se busca conocer casos de violencia obstétrica que viven las mujeres en México, a través de técnicas de revisión documental y entrevistas. En la investigación se utiliza el método documental, ya que estos nos podrán proporcionar información clave como características del grupo social que investigaremos, con la cual obtendremos información relevante para la investigación.

En la revisión documental, revisaremos y analizaremos distintos textos, artículos, libros, conferencias de manera física y virtual. Se busca visibilizar el problema y porque se sigue replicando la violencia por parte del personal médico en los servicios de salud en México.

Se realizaron tres entrevistas semiestructuradas usando de guía la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 dentro de la encuesta plantea las situaciones que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el parto. En las preguntas que se realizaron son de contraste y para ejemplificar la situación.

Hicimos una búsqueda por medio de un boletín en redes sociales (Facebook e Instagram), con el fin de conocer la experiencia que sufrieron en servicios de atención médica. Al no tener éxito con la búsqueda de esta manera, recurrimos a otros medios. Recurriendo a personas cercanas a nuestro entorno sin tener éxito nuevamente.

Las mujeres entrevistadas fueron localizadas mediante una publicación realizada en redes sociales (Facebook) referente al tema de la violencia obstétrica, las

entrevistas se realizaron de manera telefónica, siendo grabadas y posteriormente se realizó la transcripción.

Introducción

En este trabajo realizamos un análisis sobre la violencia obstétrica que se reproduce en el servicio de salud en México, ya que es un tema que existe, poco conocido, pero bastante común en las mujeres en México, dado que este tipo de violencia se replica contra las mujeres siendo juzgadas, atemorizadas, humilladas o lastimadas física o psicológicamente antes, durante y después del embarazo. Uno de los problemas que se presenta es que a pesar de la tipificación, recomendaciones y leyes aprobadas en defensa de los derechos sexuales y reproductivos sigue existiendo poca comprensión para poder atender el problema por parte del sistema de salud.

Otro de los problemas que se aborda es cómo se define la violencia obstétrica y como es entendida, desde los distintos factores que existen, dando apertura a cuestionarnos ¿Por qué la violencia obstétrica se sigue replicando en los servicios de salud en México?

El motivo que nos llevó a realizar esta investigación sobre la violencia obstétrica tomando en cuenta las diferentes perspectivas de diferentes autores, principalmente el Doctor Roberto Castro, es informar sobre la problemática, que no se siga reproduciendo y hacer del conocimiento público.

Marco Teórico

La violencia obstétrica ha sido definida de muchas maneras, sin embargo, consideramos importante que exista una construcción del concepto y que organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” no la definen, sin embargo, hacen recomendaciones para erradicarla. Es útil que exista una definición, ya que es necesario para poder hablar del problema de la violencia obstétrica para terminar con el problema.

En la Declaración de las Naciones Unidas (1993), se define como violencia hacia la mujer:

Cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada (Alonso Carrasco , Martínez Sánchez , & Moreno Sánchez , 2020, pág. 1).

Para el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) se ha definido la violencia obstétrica como

La **violencia obstétrica** es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados. Consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio (GIRE, s.f., pág. 1).

Es importante mencionar, que se requiere de la tipificación para poder actuar con relación a la erradicación de la violencia obstétrica, la primera vez que se estableció para poder actuar de manera legal fue por medio de la Ley orgánica sobre el

derecho de las mujeres a una vida sin violencia, con penalización en Venezuela y publicada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2006, como:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Lafaurie Villamil, Rubio León , Perdomo Rubio , & Cañon Crespo , 2019, pág. 1).

Fue hasta 2008 que, en México, principalmente los estados de Veracruz y Chiapas incluyeron la violencia obstétrica en las leyes estatales como una forma específica de violencia de género. Siendo influenciados por el caso venezolano que lo definía como la deshumanización del trato hacia la mujer en labor de parto además de la pérdida de la autonomía personal (Quattrocchi & Magnone, 2020).

Uno de los autores especializados en el problema de la violencia obstétrica es el Doctor en Sociología Médica, Roberto Castro (Castro & Erviti , 2014), quién desde el siglo pasado, en los años ochenta ha sido investigador en el tema de la violencia obstétrica, con el apoyo de la Fundación MacArthur.

Este autor toca la problemática de por qué el personal médico de salud reproduce violencia hacia las mujeres antes, durante y después del parto. La salud es importante en el desarrollo del ser humano, sin embargo, sigue existiendo un problema con relación al sistema de salud y su “calidad”. Para tener un concepto de salud es importante tomar en cuenta que es un tema extenso, ya que aborda varios elementos en el sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud de manera amplia “Como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio

ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines” (Cuyo, 2011, pág. 1).

Otro concepto importante que se debe entender es la salud reproductiva, se definió por primera vez en el Plan de Acción de la V Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo como:

[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de manera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Sosa Sánchez , 2018, pág. 1).

El derecho a la salud reproductiva es esencial, esta forma parte del derecho a la salud. Coartar los derechos en específico a las mujeres alude a que “las experiencias de las mujeres en los servicios públicos de salud reproductiva son la prolongación y expresión de experiencias más amplias de violencia estructural, desigualdad y relaciones de dominación” (Sosa Sánchez , 2018, pág. 87).

Así mismo la OMS explica que un sistema de salud es:

El conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios. Integrado por todo el personal de la salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente [...]debe armonizarse en un sistema homogéneo que permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados: garantizar el derecho a la salud no sólo como un derecho universal, sino

como un recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona (Cuyo, 2011, pág. 1).

Se espera que a través de los sistemas de salud se lleve a cabo la atención correcta para los pacientes, se creó que el problema de la violencia obstétrica se debe principalmente a una falla sistemática y de la “calidad de los servicios”.

La evaluación de la calidad de la atención médica puede realizarse a través de diferentes perspectivas, una de las más utilizadas es mediante estructura, procesos y resultados, otras se enfocan en las percepciones de usuarios y prestadores del servicio; actualmente, también se debe abordar el tema, mediante el análisis de las controversias, pues la queja médica se ha convertido en un indicador de gestión de calidad (Dubón-Peniche, 2013, pág. 1).

Aunque no puede centrarse solo en el problema de la “calidad de los servicios y la atención”, el problema es más complejo de lo que parece, es importante profundizar también en el papel que tienen los diferentes actores.

Cuando hablamos de los actores del servicio de salud nos encontramos con mecanismos que han sido llevados a cabo en la práctica obstétrica, conductas que se han institucionalizado e incluso ritualizadas durante la práctica con el fin de someter a las mujeres en salas de labor y parto.

Según Roberto Castro (Castro & Erviti, 2015) los mecanismos que se han institucionalizado son: Promoción de la “conformidad” y la “obediencia” como conductas que se premian; Descalificación de los conocimientos y opiniones de las mujeres; Desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren; Relativización del papel de las mujeres; Amenazas y castigos físicos concretos; Mecanismos de obtención del consentimiento bajo presión; Naturalización” de los atropellos; Socialización e internalización de “normas”, “juicios” y “permisos”.

Tomando en cuenta lo que dicen John M. Levine y Mark A. Pavelchak (Moscovici, 1985), el término conformidad se hace presente cuando un individuo cambia o

corrige su comportamiento o actitud con la intención de igualar el comportamiento o actitud del grupo con el que se encuentre. La obediencia por su parte existe cuando un individuo cambia su comportamiento con la finalidad de someterse a las órdenes directas de una autoridad genuina.

Estos conceptos se observan fácilmente en la atención brindada a mujeres embarazadas por parte del personal médico, lo que es llamado el habitus médico, desde la formación recibida en las aulas, hace notoria la jerarquía que el médico tiene y la cual seguirá replicando. De manera que el médico se sienta como la mayor autoridad y por lo tanto replicará patrones de humillación y abuso verbal, maltrato físico, procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo a las mujeres, negación de tratamientos, obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información. Todo esto siguiendo una línea de conformidad por parte de las mujeres atendidas pues es un comportamiento que se ha normalizado.

El Congreso Europeo de Medicina Perinatal en 1985, analizó los aspectos de humanización del parto, y se toma como partida que "Toda mujer tiene, independientemente de su cultura, un gran compromiso emocional con su gestación y parto y el parto es un evento psico-somático por excelencia, que involucra el cuerpo y la mente de la madre" (Borges Damas , Sánchez Machado, Domínguez Hernández , & Sixto Pérez , 2018, pág. 1).

Esterilización y anticoncepción forzada

La jerarquización de los médicos sobre los pacientes y el poco respeto hacia sus cuerpos se ha regulado y normalizado. La práctica de un "parto humanizado" tuvo que hacerse presente para dar paso a las opiniones y necesidades emocionales de las mujeres durante su etapa de embarazo, parto y puerperio. De esta manera se les permite ser escuchadas y ser autónomas en la toma de decisiones respecto a su cuerpo. En cambio, creemos que no tendría que haber necesidad de llamarlo "parto humanizado", todos los partos merecen ser respetados y libres de violencia.

Asimismo, durante el parto humanizado se hace presente la acción de evitar prácticas intervencionistas innecesarias, proponer métodos más apacibles y sensibles para atender el parto pues en este método es tomado en cuenta la mujer, el bebé y su familia.

Existen profesionales de la medicina que deciden a título personal, sin consultar a la mujer y en ocasiones hasta en contra de su voluntad, esterilizarla o no esterilizarla, insertarle o retirarle el DIU: ignorar su voluntad, [...] diagnosticar el uso de anticonceptivos hormonales sin hacer seguimiento debido de la usuaria, etc., afectando con sus decisiones, además del derecho a la procreación, la salud reproductiva y la salud general de estas mujeres (Borges Damas, Sánchez Machado, Domínguez Hernández , & Sixto Pérez, 2018, pág. 1).

La esterilización y la anticoncepción forzada son prácticas que perjudican principalmente a las mujeres, son vulneradas y presionadas antes, durante y después del parto.

La revista Venezolana de Estudios de la Mujer en 2009 publicó el concepto de esterilización forzada, la cual es definida como:

El realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación. Un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que

tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva (Villegas Poljak, 2009, pág. 1).

Mientras que la anticoncepción forzada sigue siendo motivo de estudio y tipificación, la diputada Espinosa Morales del partido PRD, en marzo del 2022 ha buscado reformar la Ley General de Salud y el Código Penal Federal para poder sancionar este delito, pues en el documento que presentó ante las comisiones unidas de Salud y Justicia precisa:

Señalar en el Código Penal Federal que comete el delito de anticoncepción forzada quien sin el consentimiento de una persona o mediante el uso de la coacción o a través de la manipulación implante o practique en ella procedimientos químicos, sustancias u objetos de cualquier otra índole para evitar la fecundación (Cámara de Diputados, 2022, pág. 1).

Puesto que es importante que no se violenten los derechos humanos, sexuales y reproductivos por parte de los proveedores de salud, donde se tome en cuenta el consentimiento de las mujeres y la decisión que ellas tomen sobre su cuerpo sea respetada.

La violencia que se presenta en las mujeres se manifiesta en diferentes tipos y es considerada como un problema público en los últimos años. Más de un 66% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia durante su vida, ya sea en el ámbito escolar, familiar, laboral, en el espacio público o con su pareja (INMUJERES , s.f.).

La violencia que viven las mujeres se presenta en 6 tipos de violencia que son, violencia física, sexual, económica, emocional, psicológica y violencia feminicida. Las cuales se han definido por la ONU MUJERES Como:

Violencia física: Consiste en causar o intentar causar daño a una pareja golpeándola, propinándole patadas, quemándola, agarrándola, pellizcándola, empujándola, dándole bofetadas, tirándole del cabello, mordiéndole, negándole atención médica u obligándola a consumir alcohol o

drogas, así como empleando cualquier otro tipo de fuerza física contra ella. Puede incluir daños a la propiedad.

Violencia sexual: Conlleva obligar a una pareja a participar en un acto sexual sin su consentimiento.

Violencia económica: Consiste en lograr o intentar conseguir la dependencia financiera de otra persona, manteniendo para ello un control total sobre sus recursos financieros, impidiéndole acceder a ellos y prohibiéndole trabajar o asistir a la escuela.

Violencia emocional; Consiste, por ejemplo, en minar la autoestima de una persona a través de críticas constantes, en infravalorar sus capacidades, insultarla o someterla a otros tipos de abuso verbal; en dañar la relación de una pareja con sus hijas o hijos; o en no permitir a la pareja ver a su familia ni a sus amistades.

Violencia psicológica: Consiste en provocar miedo a través de la intimidación; en amenazar con causar daño físico a una persona, su pareja o sus hijas o hijos, o con destruir sus mascotas y bienes; en someter a una persona a maltrato psicológico o en forzarla a aislarse de sus amistades, de su familia, de la escuela o del trabajo.

Violencia feminicida: El feminicidio se refiere al asesinato intencionado de una mujer por el hecho de serlo, si bien se puede definir de un modo más amplio como cualquier asesinato de mujeres o niñas. Existen diferencias específicas entre el feminicidio y el asesinato de hombres. En la mayoría de los casos, por ejemplo, quienes cometen los feminicidios son parejas o ex parejas de la víctima, y suponen la culminación de un proceso de abusos, amenazas o intimidación constantes en el hogar, violencia sexual o situaciones en las que las mujeres se encuentran en una situación de inferioridad con respecto a su pareja en términos de poder o disponibilidad de recursos (ONU MUJERES , s.f., pág. 1).

Según datos de la ONU MUJERES (ONU MUJERES, 2018) "En México, al menos 6 de cada 10 mujeres mexicanas ha enfrentado un incidente de violencia".

Dado que este hecho de violencia se ha hecho presente desde hace mucho tiempo, desde antes de poder ser tipificado, en 1985 la OMS recomendó el uso adecuado de las tecnologías, así como el respeto a la autonomía de las mujeres (Castro & Frías , 2022). De esta manera comenzó a entenderse a este problema como un problema de salud pública y de derechos, pero, fue hasta el año 2014.

Como se ha mencionado anteriormente, en 2007 Venezuela fue el primer país en incluir a la violencia obstétrica en su marco legal, esta quedó plasmada en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el artículo 15 numeral 13.

Como hemos mencionado la violencia obstétrica tiene muchos antecedentes, pero de la misma manera no había sido tipificada ni mucho menos reconocida por las mujeres ni el personal de salud, pues el problema en más de un caso es que las mujeres no saben que están siendo víctimas de violencia obstétrica.

La Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres de la ONU, Dubravka Šimonović nos presenta algunas situaciones donde se hace presente y se puede identificar la violencia de género durante la atención del parto. La relatora especial menciona que la violencia se presenta en los miles de historias contadas por las mujeres donde exponen la violencia y maltrato por parte de los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud, los cuales se presentan en todo el mundo y afectan a las mujeres sin importar su nivel socioeconómico (Šimonović, 2016).

Los casos de violencia se han puesto en manifiesto los últimos años gracias a las plataformas de medios digitales. Estos medios han tenido gran relevancia en varios aspectos de nuestra vida, pero de manera significativa han ayudado a la difusión de información y de la misma manera exponer situaciones de abuso de violencia. Se ha reconocido que en casos de violencia obstétrica las mujeres se quedan en

silencio o tienen miedo de contarlo por los tabúes, los estigmas y la creencia de que la violencia que han sufrido es un caso aislado. De aquí la importancia de tipificar la violencia obstétrica y darle la difusión necesaria para que las mujeres sepan que no son un caso aislado y este tipo de violencia existe y persiste por los servicios de salud.

Algunas técnicas que se llevaban o se siguen llevando a cabo en la atención del parto donde se hace presente la violencia obstétrica pueden ir de violencia verbal, psicológica y hasta física. Se pueden manifestar de la siguiente manera solo por mencionar algunos ejemplos:

La técnica conocida como “sinfisiotomía”, considerada ya como una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra la mujer que puede llegar a constituir tortura, consiste en la separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto. Esta práctica de alumbramiento, utilizada principalmente en Irlanda hasta principios de los años noventa sin el conocimiento ni el consentimiento libre e informado de las mujeres afectadas, causó dolor y discapacidad permanentes a muchísimas mujeres.

La esterilización y el aborto forzados son tratamientos médicos que se practican en todo el mundo sin consentimiento informado. Son practicados por profesionales sanitarios por diversas razones, como, por ejemplo, aduciendo que redundan en beneficio del denominado interés superior de la mujer o basándose en la creencia de que ciertos grupos de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, como las mujeres romaníes, las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidad o las mujeres que viven con el VIH, no son “dignas” de procreación, son incapaces de tomar decisiones responsables sobre la anticoncepción, no están en condiciones de ser “buenas madres” o no es aconsejable que tengan descendencia. Algunos centros de salud, además, ocultan información o engañan a las mujeres para que presten su consentimiento a la esterilización (GIRE, 2022, pág. 7).

Las mujeres, al no tener la información adecuada por distintas situaciones como lo son las condiciones de acuerdo con su entorno y la falta de información tanto de los procedimientos como de los anticonceptivos, se vuelven mujeres violentadas. El personal médico oculta información o engaña a las mujeres para realizar prácticas sin consentimiento donde las mujeres se encuentran vulnerables, mientras están medicadas, en labor de parto o porque en algunos casos son minorías que al mismo tiempo sufren discriminación.

La abogada Martha Figueroa Mier defensora de los Derechos Humanos y activista en 2018 habló en un reportaje sobre el problema de las mujeres que se les ha puesto un anticonceptivo sin su conocimiento, documentando las experiencias de algunas mujeres afectadas, la abogada Martha expresa que “Usas como objeto de política pública el cuerpo de las mujeres entre comillas de la población más problemática: pobres, indígenas, marginados”(AJ+ Español, 2018).

Marco Histórico

Antecedentes de la violencia obstétrica: es violencia o no es violencia

Existe un debate sobre si realmente se deba llamar violencia obstétrica, ya que, el problema es más complejo de lo que parece; el conversatorio de la violencia obstétrica con el Dr. Roberto Castro (Escuela Nacional de Estudios Superiores , 2015) expresa que: “hablar de violencia obstétrica como si fuera un nuevo tipo, es colocar en el mismo nivel un problema que necesitamos analizar más despacito, con más cuidado”.

Para el Dr. Castro es mejor llamarlo “violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva”, considera que el llamarlo violencia obstétrica es limitar el problema; es un concepto relativamente nuevo que merece una mejor definición, sin embargo, la intención del surgimiento de este concepto, que es visibilizar la violencia dentro los servicios de salud hacia las mujeres antes, durante y después del embarazo. El uso de este término comenzó cuando se definió en Venezuela:

Violencia obstétrica porque es el concepto comúnmente utilizado por la población latinoamericana, y se encuentra en el lenguaje de las organizaciones no gubernamentales que exponen el tema y en los propios sistemas de salud nacionales (Chavez Courtois & Sánchez Maya, 2018, pág. 1).

Otra forma de nombrar al fenómeno es *Disrespect and Abuse in Childbirth and Respectful Maternity Care*, es un reto nombrarlo, debido a la complejidad del problema, llamarlo violencia obstétrica, maltrato o atención deshumanizada la definición es reducida, *Disrespect and Abuse* tiene más manifestaciones, propone un modelo de siete categorías para clasificar:

Las malas prácticas por parte del personal médico en los servicios de salud, tal vez, plantear y preguntarnos si debemos considerar a la violencia obstétrica como violencia de género al ser violentados los derechos reproductivos y sexuales de las

mujeres. La ONU define a la violencia de género como: abuso físico; abuso sexual; abuso verbal; estigma y discriminación; incumplimiento de los estándares profesionales de atención, falta de consentimiento informado y confidencialidad, exámenes y procedimientos dolorosos o falta de alivio del dolor, negligencia y abandono; mala relación entre mujeres y proveedores; y limitaciones de los sistemas de salud (Manning & Schaaf). Por otra parte, crear categorías clasificando, como si se hiciera una lista, al mismo tiempo, reduce el problema y lo vuelve difícil, ya que pueden existir más categorías.

Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico [...] ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada (Organización Mundial de la Salud, 2014, pág. 1).

Este es otro de los problemas que limita el problema de la violencia obstétrica, acortar por una cuestión de género, de acuerdo con Castro (Escuela Nacional de Estudios Superiores, 2015) “casos que ocurrieron muchas veces sin que nadie haya actuado de mala fe”; esto haciendo referencia a los casos que han sido proyectados y catalogados como violencia obstétrica.

Respecto a la Ley General de Salud, las definiciones que establece con el fin de erradicar y prevenir la violencia en el sector salud, de acuerdo con La Ley General de acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia menciona en el artículo 6.- Los tipos de violencia contra las mujeres son: [...]

VI. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

La Secretaría de Salud menciona en el artículo 46.- I. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra; [...]

XI. Capacitar al personal del sector salud, con la finalidad de que detecten la violencia contra las mujeres;

La Ley General de Salud menciona en el artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: [...] (Gaceta del Senado , 2018, pág. 1).

Retomando las ideas plasmadas en la Ley General de Salud, tenemos en cuenta que nos deja un vacío de información al no profundizar ni agregar lineamientos de acuerdo con la atención debida del personal de salud.

El precisar una mejor definición en la Ley General de Salud y revisión de las recomendaciones que se hacen, como lo es capacitar al personal del sector salud cuando no es un problema de ética; es un conjunto de predisposiciones que tenemos las personas por actuar por actuar en cierto campo (Escuela Nacional de Estudios Superiores , 2015). Esto se refiere al habitus.

Existe una crítica sobre la deshumanización que hay dentro de la medicina y la formación de nuevos médicos. Se ha identificado que, en la formación de los estudiantes de medicina, la forma de actuar de los médicos de mayor jerarquía es antiético, donde el ambiente es desfavorable y contribuyen a la deformación de sus códigos de ética, Bourdieu menciona que;

El habitus es el conjunto de sistemas de pensamiento, percepción, apreciación y acción del individuo, adquiridos en el espacio social e interiorizado a lo largo de su experiencia. La estructura jerárquica tradicional del medio hospitalario y de la organización médica da lugar al establecimiento de relaciones de poder nuevas para el médico en formación, el cual se enfrenta a un sistema de valores, normas y códigos diferentes a los conocidos durante su experiencia previa (Consejo & Viesca Treviño , 2022, pág. 18).

Sin embargo, consideramos que el problema persiste no solo por una cuestión de ética, es la reproducción de conductas aprendidas durante los años de formación, que se fortalecen durante la práctica.

El tema surge por primera vez en la sociología médica de Norteamérica, teniendo dos enfoques de dos escuelas:

La escuela de Columbia, y la escuela de Chicago. La primera adoptó un enfoque funcionalista, y puso el énfasis en la manera en que los estudiantes de medicina adquieren, actitudinal, técnica y científicamente, el rol de médicos. La segunda adoptó un enfoque simbólico interaccionista, y puso el énfasis en el conjunto de estrategias, resistencias y tácticas que desarrollan los estudiantes para aprender a sobrevivir en la facultad de medicina, así como en las etapas por las que pasa el *self* en su transformación hacia su identidad como médicos. Ambos enfoques, sin embargo, permanecieron silentes con respecto a las cuestiones de género que dichas transformaciones implican (Castro, 2014, pág. 340).

Dicho lo anterior, el habitus médico (Castro, 2014) empieza a crearse desde los primeros años de educación médica y se afianza en los años de especialización de los hospitales, va construyéndose relaciones de poder que los médicos replican en las mujeres durante la atención.

Para Foucault (Consejo & Viesca Treviño , 2022) “no conceptualiza el poder como una institución, ni como una estructura, sino como una situación estratégica compleja, como una multiplicidad de relaciones de fuerza... simultáneamente intencionales y a la vez no subjetivas”. Estas relaciones de poder prevalecen y se siguen reproduciendo. En 2014, Arguedas señaló que “Se ejerce la violencia obstétrica proponemos la noción de poder obstétrico. La violencia obstétrica sería, entonces, un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder”.

Sistema de Salud en México

La seguridad social es un derecho humano, esta es una protección que se les otorga a las personas, como fin busca garantizar la salud, la atención médica. El Estado es el encargado de dar garantía; no todas las personas cuentan con seguridad social, esto es debido a que no todos trabajan en el ámbito formal, en México las personas que pertenecen a este ámbito y están afiliados a las instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicio de Salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Servicio de Salud de la Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Seguro Popular que en 2020 se sustituyó por él INSABI.

A las personas que no cuentan con seguridad social se les considera población abierta. De los más de 126 millones de habitantes de México, el 73.5%, es decir 92 millones 582 mil 812 personas, están afiliadas a servicios de salud. De estos, el 97.7% están afiliadas a algún servicio público, mientras que el 2.3% restante a seguros o servicios privados (códigof, el blog de la canifarma, 2021). Esto quiere decir, que el 26.5% de la población en México es población abierta, es la población no asegurada.

La atención médica en el Sistema de Salud de México se divide en tres niveles de atención:

Primer nivel: En este nivel se brinda atención primaria, el cual es apoyo médico que se proporciona lo más cerca posible al paciente, ya sea en su comunidad, su trabajo, o donde se requiera, por lo cual es el primer contacto con los pacientes.

Este nivel está conformado por unidades médicas ambulatorias, por ejemplo, un consultorio o un consultorio con laboratorio y estudio de imagen.

El primer nivel de atención es primordial ya que se realizan esfuerzos para prevención, educación, protección y detección temprana de enfermedades.

En este nivel se tratan casi el 80% de los padecimientos de una población como diabetes, hipertensión u obesidad.

Segundo nivel: En este nivel encontramos hospitales generales los cuales brindan atención a los pacientes con padecimientos que requieren atención de urgencias, hospitalización, procedimientos de complejidad media y tratamiento a pacientes que vienen referidos desde el primer nivel de atención.

El segundo nivel se divide en especialidades las cuales son:

- Cirugía general
- Medicina interna
- Pediatría
- Gineco-obstetricia

Tercer nivel: En este nivel encontramos hospitales de alta especialidad y subespecialidades. Se atienden casos que requieren un conocimiento mayor, baja prevalencia, alto riesgo, tecnología específica y atención a enfermedades complejas (Bueno & Aguilar, 2020, pág. 1).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es la Institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943. Hoy en día, más de la mitad de la población mexicana, tiene algo que ver con el Instituto, hasta ahora, el más grande en su género en América Latina (IMSS, s.f.).

En este se encuentran afiliadas personas que son trabajador(a) asegurado(a), pensionada(o) o jubilada(o), familiar designado(a) beneficiaria(o) o por haber adquirido un seguro facultativo o voluntario. Hasta 2020 según datos del INEGI el IMSS registró alrededor de 68.6 millones de derechohabientes del cuál dato informan que el 73% son mujeres de una edad promedio de 49 años.

IMSS

En el IMSS, según datos mencionados por el director Zoé Robledo (2022), 75% de los médicos tienen entre 30 y 39 años donde 51.1% son hombres y 48.9 son mujeres. En este sistema de salud existen alrededor de 95 especialidades y subespecialidades y tan solo en el área de Ginecología hacen falta 1572 médicos y en pediatría faltan 1517. Dejando ver que el problema de violencia contra las mujeres no solo se sigue replicando por la formación de los médicos sino también por la falta de ellos, ya que al tener esta falta tan grande en las diferentes especialidades hace que el servicio con las pacientes sea decadente e insuficiente, donde el IMSS es el principal sistema de salud que tienen los mexicanos y donde se registran medio millón de nacimientos anuales.

El IMSS otorga a las mujeres trabajadoras y embarazadas que cuentan con calidad de aseguradas tener derecho a un descanso y subsidio de dinero durante el embarazo y el puerperio que sea igual al 100% del último sueldo diario de cotización. Las consideraciones que tiene el IMSS para cumplir esta prestación son:

- La expedición del certificado único será invariablemente por 84 días (naturales), el cual ampara el periodo prenatal y postnatal.
- Para el otorgamiento de los días de descanso, el parto deberá ocurrir a partir de la semana 23 con producto vivo o muerto.
- El certificado único se otorga por los servicios médicos del Instituto en los tres niveles de atención.
- Una vez otorgado no se realizarán ajustes al descanso o al pago de la prestación (IMSS, 2022, pág. 1).

ISSSTE

Por el contrario, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue fundado el 30 de diciembre de 1959 por el presidente Adolfo López Mateos y el 1° de enero de 1960 inició oficialmente sus servicios. Donde atiende a los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes. Los gobiernos estatales y organismos públicos descentralizados pueden contratar los servicios del ISSSTE para afiliar a sus trabajadores mediante la celebración de convenios.

El ISSSTE registró hasta 2020 aproximadamente 13.5 millones de personas derechohabientes.

Las acciones del ISSSTE se rigen por la Ley del ISSSTE y su Estatuto Orgánico, el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud y el Programa Institucional. El otorgamiento de los diversos seguros, servicios y prestaciones establecidos en la Ley del ISSSTE, se encuentran alineados al Plan Nacional de Desarrollo (PND), fundamentalmente en dos áreas: Desarrollo Social y Humano y Crecimiento con Calidad (Lomelí Vanegas, 2000).

PEMEX

Desde los inicios de Petróleos Mexicanos en 1938 se incorporó un departamento médico y otro de previsión social. Conforme pasaron los años el servicio se fue modificando estos dos departamentos, fue hasta 1977 que se separó la función de previsión social y se denominó sólo como Gerencia de Servicios Médicos. En 1998 se creó la Subdirección de Servicios de Salud con el objetivo de proporcionar a los derechohabientes una atención médica integral, oportuna, efectiva y segura. (CIEP)

El servicio médico de Pemex consiste en:

Necesidades médico-quirúrgicas y terapéuticas Se prestan servicios médicos para enfermedades y accidentes ordinarios, y por riesgos de trabajo.

Especialidades Cirugía reconstructiva; atención odontológica; hospitalización de enfermos psiquiátricos; anteojos; prótesis ortopédicas; implante coclear; consulta externa; farmacia; geriatría; prevención y rehabilitación de enfermos por alcoholismo y adicción a drogas, y atención médica neurológica infantil.

Servicio gineco-obstetricia Atención prenatal, natal y post-natal.

Programas institucionales preventivos Identificación de factores de riesgo y enfermedades con el objetivo de preservar y conservar la salud (CIEP, pág. 1).

Los servicios médicos integrales no tienen ningún costo para los beneficiarios, los cuales son; trabajadores, pensionados, hijos menores de edad, hijos solteros entre 18 y 25 años, cónyuge, madre y padre, hermanos si cumple ciertos requisitos, hijos mayores de edad si cumplen ciertos requisitos.

El universo de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) abarca 776 494 derechohabientes, atendidos en 23 hospitales, seis clínicas y 160 consultorios. El diagnóstico situacional se emprendió en 23 hospitales, seis clínicas y un consultorio periférico, ya que el total de pacientes ahí atendidos es de 727 413, esto es el 94 por ciento de la población derechohabiente de PEMEX(Garcia Romero , Cordera Pastor , & Vargas Martinez , s.f.).

ISSFAM

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) es un organismo público descentralizado federal con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por decreto presidencial del 29 de junio de 1976. Su objetivo fundamental es otorgar prestaciones y administrar los servicios que la ley del Instituto le encomienda a favor de los miembros de las Fuerzas Armadas Mexicanas(Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, 2014).

En 2014, la población derechohabiente del ISSFAM fue de 869,075 personas, de las cuales 700,438 derechohabientes (80.6%) fueron de la SEDENA y 168,637 derechohabientes (19.4%), de la SEMAR. El 53.0% (461,015) correspondió al sexo femenino; el 35.6% (308,965), al masculino, y el 11.4% (99,095), no fue clasificado. De los 869,075 derechohabientes, 630,568 (72.6%) fueron militares activos (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas).

En este sentido, el ISSFAM proporciona diversas prestaciones económicas entre las que destacan: el haber de retiro, pensión, compensación, seguros, créditos hipotecarios, devolución del fondo de la vivienda militar y becas, así como de carácter social: ocupación temporal de casas habitación, servicios funerarios y casa hogar para militares retirados (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas., 2020).

SEMAR

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) tiene como misión: proporcionar prestaciones de carácter social, económico y de salud a los Militares en activo, situación de retiro, a sus derechohabientes, pensionistas y beneficiarios, con un alto grado de calidad y conforme a las normas legales vigentes (Estado Mayor , 2013).

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas tiene sus orígenes en el año 1829 cuando fue aprobado por Vicente Guerrero el Reglamento General de la Gran Casa Nacional de Inválidos. En ese documento se establecieron reglas para el asilo a militares por servicios calificados a la patria; en 1917 se establecieron las garantías sociales de Seguridad Social para los militares en la Constitución (Estado Mayor , 2013).

La atención médico-quirúrgica a los militares y a los familiares de los militares que perciban haberes y haber de retiro, se les proporcionará en forma gratuita en los diferentes escalones de sanidad militar y naval desplegados en todo el territorio nacional.

El servicio médico integral comprende:

- Asistencia Hospitalaria y Farmacéutica.
- Servicio Médico Materno-infantil.
- Prótesis, Ortopedia y Rehabilitación de Incapacitados.
- Medicina Preventiva y Social, así como Educación Higiénica (Secretaría de Marina , 2008, pág. 1).

La Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas Federal en su artículo 152 dice que;

El personal militar femenino tendrá derecho a disfrutar de un mes de licencia anterior a la fecha probable del parto, que se fijará de acuerdo con la consulta prenatal, y de dos meses posteriores al mismo para la atención del infante. En ambos casos con goce de haberes.

A solicitud expresa del personal militar femenino, previa autorización escrita del médico responsable de la paciente y tomando en cuenta la naturaleza del trabajo que desempeñe, se podrá transferir hasta medio mes de licencia anterior a la fecha probable del parto para después del mismo.

La licencia posterior al parto aumentará dos meses adicionales, en caso de que los hijos hayan nacido con cualquier tipo de discapacidad o requieran atención médica hospitalaria, previa presentación del certificado o dictamen correspondiente expedido por médicos militares o navales especialistas en servicio activo (Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, pág. 1).

INSABI

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) es un organismo descentralizado sectorizado a la secretaria de Salud que tiene como finalidad proveer servicios de salud a las personas no derechohabientes a ninguna institución del Sistema Nacional de Salud, principalmente del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Fue fundado el 1 de enero de 2020 por decreto del presidente Andrés Manuel López Obrador y sustituyó al Seguro Popular, el cual había sido fundado en 2003. (WIKIPEDIA, 2020)

Los servicios que ofrece el INSABI son servicios médicos de primer y segundo nivel a personas sin seguridad social. Dentro de los servicios de tercer nivel se añadirían 30 servicios además de los 66 que ya contaba el Seguro Popular;

Primer nivel (80% de los padecimientos):

- Acciones preventivas
- Promoción de la salud
- Prevención de las enfermedades
- Atención ambulatoria a los males más comunes que brindan los médicos generales y el personal de enfermería

Segundo nivel:

- Especialidades básicas en los hospitales generales o de especialidades
- Diagnóstico de laboratorio e imagen
- Especialidades: cirugía general, ginecología, obstetricia, medicina interna y pediatría

Tercer nivel: Atención medica de mayor complejidad y especialización, en la que invierten los Institutos Nacionales de Salud y de investigación (Méndez Méndez & Llanos Guerrero , 2021, pág. 1).

En el 2000, 55.6 millones de personas en México no contaban con afiliación a alguna institución de seguridad social. En el 2018, con el SP, la cifra se redujo a 22.4 millones de personas sin acceso a los servicios públicos de salud (INEGI 2019); esto es más de la mitad. El INSABI proyecta que para 2024, el número de personas sin afiliación al sistema público bajará a 11.8 millones (Méndez Méndez & Llanos Guerrero , 2021, pág. 1).

Centros de salud

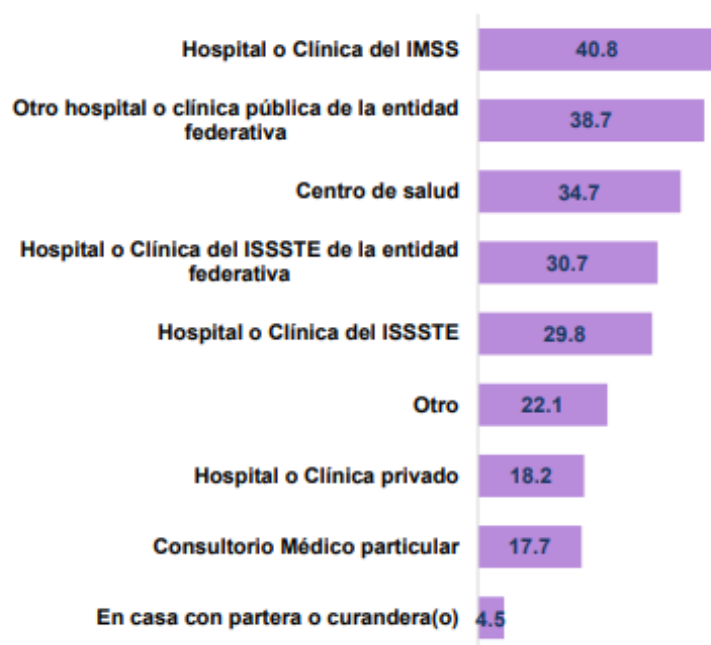
La OMS define al Centro de Salud (CS) como un elemento del Sistema Local de Salud, (SILOS). Es la parte de los servicios del SILOS cuya especificidad en la estrategia de Atención Primaria es ser el punto de interacción entre los servicios y una población definida a la que se proveen servicios de salud integrales. Por esta razón el CS no se define por sus características técnicas, sino por su capacidad para establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable (Mercenier & Zurita, 2022).

Para posibilitar un máximo de accesibilidad geográfica el CS debe ubicarse lo más cerca posible de la población. Para asegurar esta condición se ha propuesto utilizar como criterio una distancia máxima a recorrer por la gente para llegar al CS (criterio del radio de cobertura) (Mercenier & Zurita, 2022).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 se obtuvo que mujeres de 15 a 49 años sufrieron maltrato durante la atención obstétrica de su último parto o cesárea en los últimos 5 años, en la siguiente imagen se puede apreciar que como lo habíamos visto anteriormente el servicio de salud con más afiliados es el IMSS y asimismo es donde se presentan los mayores casos de violencia obstétrica, es grave esta situación porque el dato ya mencionado es de 68.6 millones de derechohabientes registrados al IMSS, 73% son mujeres.

Encuesta ENDIREH

Proporción de mujeres de 15 a 49 años con maltrato durante la atención obstétrica de su último parto o cesárea en los últimos 5 años por lugar donde la atendieron



(Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2017)

Las mujeres al sufrir un acto de violencia en la atención del parto, en ciertas situaciones buscan acudir y presentar quejas dentro del hospital donde fueron atendidas, de enero 2010 a enero 2020 se registraron a nivel federal 7,431 quejas registradas por violencia obstétrica de las cuales 6,855 fueron en el IMSS, mencionado con anterioridad, y que es un problema que persiste al cabo de los años y la promulgación de leyes.

Se debe buscar atender estas quejas, dado que 22 de ellas han llegado a una resolución administrativa siendo de parte de PEMEX (1), SEMAR (17) y SEDENA (4); y solo 5 han llegado a un acuerdo.

QUEJAS ADMINISTRATIVAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y FORMAS DE CONCLUSIÓN (ENERO 2010 - ENERO 2020)

● QUEJAS ● ACUERDO ● RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA ● EN TRÁMITE

SECRETARÍA DE
SALUD FEDERAL¹⁰³

IMSS¹⁰⁴

ISSSTE

DECLARÓ
INCOMPETENCIA

6,855

543

PEMEX¹⁰⁵

SEMAR¹⁰⁶

SEDENA¹⁰⁷

8

3

1

17

17

8

2

4

2

NIVEL FEDERAL: 7,431 QUEJAS

Fuente: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

Análisis de insuficiencia de recursos

La escasez de recursos en el servicio de salud ha sido parte de la deficiente atención hacia los derechohabientes pues no solo es insuficiencia en médicos sino también en recursos económicos y material de trabajo.

En lo estructural, los servicios son distribuidos de manera inadecuada a lo largo y ancho del país, se subutilizan las clínicas de primer nivel de atención por falta de equipo, personal o de recursos financieros necesarios para operar, mientras que los hospitales públicos están sobresaturados por una excesiva demanda; al mismo tiempo que enfrentan carencias en insumos y medicamentos; los recursos humanos y financieros disponibles son inadecuados o distribuidos de manera desigual entre estados, niveles de atención y/o turnos. También hay desigualdades profundas en los niveles de formación y la tipología del personal disponible (Quattrocchi & Magnone, 2020).

Se ha mencionado que lo ideal es tener un presupuesto cerca de 10,000 millones de pesos para poder cubrir los gastos mínimos de las instituciones médicas. En el sistema público de salud se requieren alrededor de 872,000 médicos y enfermeras: el IMSS necesita 440,000, el INSABI alrededor de 420,000 y el ISSSTE 12,000 para atender a sus derechohabientes conforme a las recomendaciones de organismos internacionales (Badillo , 2021).

El sistema de salud cuenta con una escasez de médicos, según las recomendaciones que ha hecho el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell Ramírez y también la Organización Mundial de la Salud (OMS) han recomendado que es necesario 44 miembros del personal médico por cada 10,000 habitantes. De lo cual en este país solo se tiene 27, lo cual genera una deficiencia en la atención a las personas que recurren a los servicios de salud y por tanto su experiencia médica es deficiente (Badillo , 2021).

No justifica la falta de médicos en el trato que ofrecen a las derechohabientes, no obstante, los médicos no son los suficientes y la carga de trabajo que se les da es demasiada.

Al término del año 2019 las instituciones del sector público contaban con 964,800 integrantes médicos, los cuales contemplaba médicos generales, especialistas, odontólogos, personal en formación, enfermeras, pasantes, auxiliares, entre otros. En 2022 el director del Seguro Social, Zoé Robledo menciono que se abrieron vacantes para cubrir las plazas en los diferentes servicios de salud. En Petróleos Mexicanos ofreció 133 vacantes de las cuales se registró solo el 83.6 por ciento, el IMSS oferto 2 mil 684 plazas y se cubrió únicamente el 53.1 por ciento, el INSABI dio 8 736 plazas y se cubrió el 55.5 por ciento y el ISSSTE tuvo 1077 plazas y solo el 17 por ciento de solicitudes (IMSS, 2022).

Retomando estas cifras hay que tener en cuenta que existe una inequidad en los estados, ya que en la Ciudad de México se dispone 1.81 médicos especialistas por cada 1.000 habitantes mientras que en Veracruz, Puebla y Chiapas se dispone el 0.31, 0.32 y 0.33 respectivamente por cada 1,000 habitantes (Badillo , 2021).

En la rama organizativa, los sistemas de salud en México se caracterizan por su segmentación, así como la fragmentación en cuanto a la provisión de los servicios y en el financiamiento. Existen problemas en las habilidades técnicas y en los conocimientos del personal médico; problemas que inician en las escuelas de medicina y continúan en el internado y las residencias (Quattrocchi & Magnone, 2020).

Como lo hemos mencionado anteriormente el habitus médico es una formación que se sigue implementando en los estudiantes, así como técnicas y medidas que hoy en día no se considerarían adecuadas son y siguen siendo aprendidas por los médicos en formación y que se refuerzan aún más en su internado.

Violencia obstétrica desde el punto de vista de violencia de género

No se debe dejar de lado que la violencia obstétrica también tiene un enfoque de violencia de género, está institucionalizada la desigualdad de género en la sociedad, existe una relación entre la violencia a las mujeres y la violencia institucional, dando como resultado relaciones de poder y la sumisión de la mujer. “Desde la perspectiva de género, la violencia obstétrica se concibe como expresión del poder obstétrico, que constituye, a la vez, una forma de poder disciplinario”(Castro & Frías , 2022).

El doctor Roberto Castro (Canal Instituto de Investigaciones Sociales, 2018) expresa que: “la violencia contra las mujeres, la violencia de género que tiene un montón de manifestaciones tiene una más, que es esta”, esto refiriéndose a la violencia obstétrica, continúa diciendo que: “la violencia contra las mujeres es parte de un patrón más general de opresión y dominación, patriarcado, dominación de género, etc.”

La violencia vulnera a las mujeres, no solo las instituciones, de la misma forma el personal de servicio de salud reproduce malas prácticas. El problema de violencia obstétrica se agrava cuando estas malas prácticas no son reconocidas por el personal médico que lo ejerce ni por las mujeres víctimas de ellos. Normalizando las conductas y comentarios del personal médico como parte del trato recibido o por el hecho de consolarse diciéndose que sus hijos/as están bien.

Lo ideal sería que las mujeres deberían tener siempre acceso a la información, poder elegir libremente si desean o no un embarazo, cómo llevar a cabo el seguimiento de este, cómo parir y dónde, por quién(es) estar acompañadas en esos momentos, etc. Pero si el contexto social falla, si este impide que las mujeres tengan información, si impide que las mujeres ejerzan dicho control sobre sus propios cuerpos... entonces esos cuerpos están manipulados, son meros objetos del poder hegemónico.

Ya que en muchos casos de violencia obstétrica las mujeres violentadas han estado solas mientras esperan ser atendidas recibiendo malos tratos y comentarios

machistas y misóginos, sin la posibilidad de estar con un pariente que muchas veces ellas lo han determinado como “alguien que las defienda”.

Se debe considerar que la reproducción de la violencia no viene solo de parte de los hombres.

El saber-poder de la medicina el que ha producido y reproducido un orden de género desigual en el que las mujeres, tanto profesionales como pacientes, han sido históricamente subordinadas y maltratadas; y, por otro lado, que el género consiste precisamente en una construcción y que no existen las identidades esenciales de género. En este sentido, la autora reconoce la existencia de dos tipos de profesionales médicas mujeres. Aquellas que, independientemente de haber sido maltratadas, se identifican con el dispositivo de poder inherente al modelo médico hegemónico y reproducen la desigualdad, y otras que, en cambio, logran operar un resquebrajamiento en ese dispositivo resistiendo la violencia desde la acción individual (Castro & Frías , 2022, págs. 54,55).

Experiencias internacionales

La violencia obstétrica es un problema que se da en los sistemas de salud, la OMS hace recomendaciones sobre la atención que se debe proporcionar antes, durante y después del embarazo con el fin de terminar con este problema, sin embargo, la atención que se da es un reflejo de la calidad del sistema de salud de los países. Estas acciones por parte del personal de servicio de salud muestran la calidad de atención que reciben las mujeres y solo este tipo de acciones afectan a las mujeres.

Los asuntos con relación a la salud reproductiva van de la mano con la protección de los derechos sexuales y reproductivos, la violencia obstétrica llega a afectar más a las mujeres en países con mayor pobreza y desigualdad; esto propicia a que se violenten más los derechos.

Para fomentar la salud sexual y reproductiva durante toda la trayectoria vital, deben reforzarse los servicios en una gran diversidad de sectores, desde los sistemas de salud (incluido el personal sanitario) y educación, hasta incluso los sistemas de transporte, que son imprescindibles para garantizar el acceso a la atención médica. Y todas las iniciativas encaminadas a promover los servicios de salud sexual y reproductiva dependen del personal sanitario experimentado que puede prestar una atención médica temprana, respetuosa, accesible y de alta calidad, así como de infraestructuras sanitarias operativas, integración con otros servicios y la disponibilidad de suministros médicos esenciales, como anticonceptivos, medicamentos que permiten salvar vidas y equipos médicos básicos (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2022, pág. 1).

Existen distintas recomendaciones por parte de comisiones, organizaciones, etc. Con el fin de afrontar el problema y garantizar que los sistemas de salud en los países mejoren.

Empezando por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) el artículo 12 enfocado en la salud y bienestar de la mujer, expresa que no habrá ningún tipo de discriminación en al

acceso de servicio de atención médica, de forma igualitaria y servicios apropiados durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto (ONU, 1981).

La Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer "CONVENCION DE BELEM DO PARA", en el artículo 2, apartado b que la violencia contra la mujer puede ser física, sexual y psicológica, que ocurra dentro establecimientos de salud; otro artículo es el 9 que expresa que los Estado partes tienen que considerar a la violencia que puede sufrir la mujer cuando está embarazada como situación de vulnerabilidad (DEA, 1994).

El Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) se encarga de analizar los avances de los Estados Parte, que estos cumplan con los objetivos de la convención, con relación a las cifras de los Estados parte, que otros tipos de violencia como la violencia obstétrica “son menos reportados o no han sido incorporados en la mayoría de las encuestas” ((OEA), 2021). Otro de los problemas que enfrenta la violencia obstétrica es el poco reconocimiento que afecta a las mujeres.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) publica un informe de *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*, respecto a la violencia obstétrica la reconoce como forma de violencia contra la mujer, además del trato deshumanizado, que es una práctica normalizada; los retos que continúan es la definición, tipificación, prevención y sanción; recomienda a los Estado llevar a cabo los retos que prevalecen (Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), 2019).

Organización de las Naciones Unidas (ONU), diferentes expertos regionales y de las Naciones Unidas elaboraron una declaración sobre la aplicación de la Agenda 2030, se estableció a los Estados enfrentar los actos de violencia obstétrica e institucional sufridos por las mujeres en los centros de salud y tomar todas las medidas legislativas y prácticas posibles para prevenir, prohibir y castigar esos actos y para garantizar su reparación (Naciones Unidas Asamblea General, 2019).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) en 2012 destacó en su informe a México que se debe tener intérpretes para garantizar el acceso a los servicios de salud a pueblos indígenas (Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)).

Estas recomendaciones internacionales son emitidas con el objetivo de que se lleven a cabo por los Estados parte y poder prevenir violaciones a los derechos humanos, centrándonos la violencia hacia las mujeres, en específico violencia por parte del personal de servicio de salud; hay una brecha entre lo que dice las organizaciones internacionales y sus recomendaciones, y la realidad que pasa en México.

Una preocupación es las diferentes definiciones que existen dentro del país en cuanto a la prevención y sanción, hay una desarticulación, por parte de los organismos:

Una de las recomendaciones principales es que se realicen investigaciones con perspectiva de género, exhaustivas y de manera pronta por autoridades independientes e imparciales, independientemente de que la violencia ocurra en lugares privados o públicos, [...] Asimismo, se solicita que se permita la más amplia participación en la investigación y determinación de líneas de investigación por parte de las víctimas de cualquiera de estos delitos. Para lograr un real acceso a la justicia se pide la creación de fiscalías especializadas que atiendan casos vinculados con violencia contra las mujeres y centros de acceso a la justicia para mujeres, así como la debida coordinación entre autoridades federales, estatales y municipales, y en caso de incumplimiento de sus deberes por parte de autoridades estatales, que sea la federación la que asuma competencia sobre los delitos (Anaya Muñoz & García Campos, 2014, pág. 29).

Una de las dificultades es la justificación por parte de autoridades, ante los actos de violencia y a la vez las mujeres no denuncian por temor a que existan represalias. El Estado Mexicano es el responsable que las recomendaciones se realicen, al

mismo tiempo, concientizar a la población sobre la violencia y no normalizar estas acciones.

Comparativa de la violencia obstétrica en países de América Latina y México

“En Latinoamérica existe una cultura que reduce la sexualidad de la mujer a su rol reproductivo” (EfectoNaim, 2020), esto como si el único deber de las mujeres es tener hijos, ser madres y no tener ningún derecho sobre nuestra reproducción.

El caso de América Latina es interesante, ya que presenta gran desigualdad social, sin embargo, países han incluido legislaciones en torno al problema de violencia por parte del personal de los servicios de salud, como el caso de Venezuela, ya mencionado antes que fue el primero en definir la violencia obstétrica.

El término violencia obstétrica existe como “un nuevo constructo legal” en cinco países: Venezuela, México, Argentina, Panamá y Bolivia (Castro & Frías , 2022).

La manera en la que se aborda el concepto no solo hace referencia a los malos tratos, también abre discusión al tema estructural, sobre los servicios de salud.

Argentina en el 2009 y Panamá en el 2013 han incluido la “violencia obstétrica” en sus legislaciones en torno a la protección integral a las mujeres; Bolivia la integra bajo el concepto de “violencia en los servicios de salud” (Lafaurie Villamil, Rubio León , Perdomo Rubio , & Cañon Crespo , 2019, pág. 1).

Centrándonos en el caso de México, tiene un papel importante en el estudio del problema de la violencia obstétrica, a pesar de ser uno de los países con definición de violencia obstétrica y su avance en la situación legal, se sigue reproduciendo el problema. Hay una brecha entre lo que dice la normativa y la aplicación.

Una encuesta nacional de INEGI 2016 cuantificó el maltrato, abuso y falta de respeto entre mujeres que habían dado a luz, y mostró que aproximadamente entre tres o cuatro de cada diez reportaron haber sufrido estas prácticas institucionales durante su último parto en el país (Quattrocchi & Magnone, 2020, pág. 10).

Una de las razones por las que ocurre esto es porque el sistema de salud en México está fragmentado y es deficiente, se debe trabajar en mejorar los sistemas de salud en México y darle la importancia que merece.

Venezuela

En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en tener una ley específica para atender la violencia obstétrica. Luego Argentina promulgó una ley similar; le siguieron México, Bolivia (con una ley que aborda la “violencia en contra de los derechos reproductivos” y la “violencia en servicios de salud”) y El Salvador (que hizo efectiva una ley que hace un llamado a un trato digno en los servicios de salud maternos y de salud reproductiva) (Chang, 2022).

En el 2007 Venezuela adoptó este concepto en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, con el objeto de identificar una nueva forma de violencia. Esto representó un avance en la protección de los derechos humanos de las mujeres, al reconocer la autonomía sexual y reproductiva como un derecho que debe ser respetado y garantizado por las instituciones de salud (Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), 2017).

Dicha Ley menciona en su Artículo 1°

La presente Ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica.

En esta ley se presenta el respeto a la garantía y promoción de las mujeres por una vida libre de violencia, así como la tipificación de 19 formas de violencias entre ellas la definición del concepto de violencia obstétrica que ya se ha mencionado con anterioridad, por parte de Venezuela quien fue el primero en dar una definición de

este problema y comenzar a hacerlo visible para otros países. Quedando solamente esta tipificación en la ley.

Argentina

La violencia obstétrica en el caso de Argentina no es considerada un delito, aunque es reconocida en el marco de la Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (Bazán, 2021). Al no ser considerado un delito, las sanciones no están regidas bajo el código penal, de esta manera se desincentiva la denuncia por parte de las mujeres que han pasado por esta situación.

Argentina incluyó este término en su normatividad en el 2009. El artículo 6° de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, la contempla como una modalidad de la violencia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), 2017).

Por su parte, Argentina ha promulgado la Ley 25.929 de Parto Humanizado donde se promueven y defienden los derechos de la madre y el bebé durante el parto. Donde la ley menciona en su Artículo 2° - Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: Por su parte, Argentina ha promulgado la Ley de Parto Humanizado 25.929

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2018, pág. 7).

La falla que se puede encontrar en esta Ley es que defiende los derechos de las mujeres embarazadas, en labor de parto y puerperio, así como mencionar la debida atención que merecen, pero deja un hueco de información respecto a la sanción por mala praxis del personal médico que ejerce y reproduce la violencia obstétrica. Ya que la creación de esta ley ha sido necesaria y un paso importante para respetar y defender a las mujeres para vivir libres de violencia, pero no ha sido motivo para

que esta violencia se detenga, pues a pesar de su creación la violencia sigue existiendo.

Violeta Osorio, feminista e integrante de la agrupación OVOA y Las Casildas, menciona la persistencia de la violencia obstétrica y la importancia de reformar o crear una nueva ley del parto respetado o humanizado. Violeta menciona que la normativa:

Carece de mecanismos concretos de prevención, sanción y reparación. Termina siendo más una guía de buenas prácticas. Ese es un vacío enorme porque no hay garantía de cumplimiento, y lleva a que los equipos obstétricos y las instituciones de salud puedan tomar como una cuestión de buena voluntad, el cumplir y garantizar o no derechos (Ferrara, 2022, pág. 1).

Panamá

En el caso de Panamá con base a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el parto humanizado y respetado es:

Aquel que se lleva a cabo de manera intrahospitalaria, con todas las medidas de seguridad que madre e hijo requieren al momento del nacimiento e inmediatamente después (Chang, 2022, pág. 1).

La lucha contra la violencia obstétrica empezó en 1990 en Latinoamérica por varios activistas que comenzaron a difundir prácticas basadas en evidencia del cuidado materno infantil. Las cuales fueron respaldadas por la OMS en 1996 por un documento llamado “Cuidados en el parto normal: una guía práctica” en el cual advertir el peligro de convertir sucesos fisiológicos normales en un procedimiento médico (Chang, 2022).

Un parto deshumanizado de acuerdo con la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG):

Es responsabilidad de ambas partes. Los efectos físicos son muchos y van desde el riesgo de muerte hasta complicaciones que pudieran evitar un

nuevo embarazo, mientras que pudiéramos ver episodios de depresión en mujeres que hayan vivido pérdidas, que es el desenlace esperado de los partos deshumanizado (Chang, 2022, pág. 1).

En Panamá se presentaron los lineamientos para la atención humanizada del embarazo antes, en el parto y post parto. La iniciativa de este anteproyecto es proteger a la mujer embarazada en todo momento, este anteproyecto de Ley N°235 dice que:

Artículo 6. Derechos de la mujer embarazada. Toda mujer durante su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio tendrá los siguientes derechos:

1. A ser informada y a determinarse conforme a ello sobre las diversas alternativas médicas de atención del parto, el riesgo materno y perinatal. Derivado del embarazo y las posibles complicaciones durante el proceso del parto, de cualquier tipo de procedimiento, pronóstico y atención del recién nacido.
2. A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad.
3. Al parto natural, respetando los tiempos biológicos y psicológicos del proceso de alumbramiento, evitando las prácticas invasivas o el suministro de medicación para acelerar el proceso del parto y a elegir métodos farmacológicos o alternativos para el manejo de dolor;
4. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad con sus costumbres, valores y creencias.
5. A recibir asistencia psicosocial cuando se encuentre afectada. Por una crisis emocional, socioeconómica o de cualquier naturaleza.
6. A estar acompañada por su cónyuge, compañero permanente o por quien ella elija, durante la asistencia prenatal, trabajo de parto, el parto y el posparto, siempre que la, gestante así lo solicite, no exista contraindicación de carácter médico y siempre y cuando el acompañante cumpla los reglamentos de la institución;
7. A que no se utilicen prácticas y procedimientos que carezcan de estudios científicos y sanitarios avalados por el Ministerio de Salud, la OMS o la comunidad científica;
8. A recibir orientación e información por el personal de salud sobre la evolución de su embarazo, parto y puerperio y dar su consentimiento

informado sobre los procedimientos que se realicen de los cuales se dejará constancia en su historia clínica; 9. A su consentimiento informado acerca de las diferentes posiciones a adoptar para el trabajo de parto que sean más convenientes y saludables para la madre y el que está por nacer. A recibir información después del embarazo sobre los diferentes métodos de planificación familiar que estén acordes a su condición clínica (Asamblea Nacional de Panamá, 2022, pág. 1).

Artículo 9. Fines. - Son fines de la Ley: 1. Procurar que el parto sea una experiencia digna, precautelando la privacidad física y emocional, en un ambiente íntimo, tranquilo y familiar; 2. Garantizar la atención integral de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y post parto. 3. Disminuir los riesgos de afectación de la salud materno-infantil derivados de procesos de parto por cesárea innecesarios; 4. Reconocer el derecho de la mujer a elegir las personas que la acompañen durante los procesos de embarazo, parto y post parto. 5. Facilitar el acceso a la información sobre las diversas opciones de parto, cuidado del recién nacido; y, los beneficios de la lactancia materna (Asamblea Nacional de Panamá, 2022, pág. 1).

Esto algunos de los artículos que se pueden encontrar en este anteproyecto el cual busca y pone la atención de las mujeres en un primer plano, donde se preocupa por su bienestar y las necesidades tanto de ella como el bebé, recibir todo momento un trato justo y humanizado.

Bolivia

En el caso de Bolivia esta constitucionalizado el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, ocupa el segundo lugar de muerte materna. En 2011 se registraron 538 mujeres que murieron por causas relacionadas con el embarazo, parto y post parto (Act!onaid, 2020).

Así mismo estadísticas presentadas por la Encuesta de Prevalencia y Características de Violencia contra la Mujer del Instituto Nacional de Estadística

(INE) encontraron que el 63.5% de las mujeres sufrieron violencia obstétrica y fueron atendidas en un centro de salud (Act!onaid, 2020). Se ha mencionado varias ocasiones que la violencia obstétrica se presenta en el sistema de salud como los centros de salud.

En Bolivia se encuentra el Artículo 15 de la Constitución Política del Estado de 2017, el cual menciona que:

Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad; y que el Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado (Constitución Política del Estado, 2009, pág. 5).

El artículo 45 de la Constitución Política del Estado, señala que

Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión intercultural; gozaran de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatales y posnatal (Constitución Política del Estado, 2009, pág. 12).

En 2018 un defensor presento un proyecto de ley para la prevención de la violencia obstétrica, dicho documento menciona en sus Artículos que:

Artículo 1. (OBJETO). La presente ley tiene por objeto proteger y garantizar a las mujeres el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos, durante el embarazo, parto y puerperio en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Artículo 6. (DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA). Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán garantizar a las mujeres el derecho a la integridad física durante la atención del embarazo, parto y

puerperio, respetando el tiempo biológico del parto natural, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación innecesarias, de acuerdo con su estado de salud y de la o del recién nacido.

Artículo 7. (DERECHO A LA INFORMACIÓN). El personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud deberá informar a toda mujer durante la atención del embarazo, parto y puerperio:

- a) La evolución del embarazo en todas sus etapas
- b) El estado de salud del embrión o feto
- c) La evolución del proceso de parto
- d) La intervención médica que se requiera
- e) El estado de salud de la o del recién nacido
- f) Los beneficios de la lactancia materna
- g) Los cuidados de sí misma, y de la o del recién nacido

Artículo 8. (DERECHO A NO RECIBIR TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES). El personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud garantizará a toda mujer y su familia un trato digno, con calidad, calidez y sin discriminación (Conceptos Generales DD.HH, 2018, pág. 1).

México

El Estado federal cuenta, desde el año 2007, con la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Su objetivo es, según declara el artículo 1° de la misma, prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Aunque este texto normativo carece de una referencia específica a la violencia obstétrica, en sus artículos 6° y 18 define otras formas de agresión relacionadas con aquella: la violencia psicológica, la violencia física y la violencia que proviene de agentes del Estado y que se denomina violencia institucional. A nivel federal no existe una regulación específica para la violencia obstétrica, aunque existe un proyecto de ley para sancionarla (Díaz García & Fernández M. , 2018).

Un informe del Grupo GIRE sostiene que no existen estudios o informes cuantitativos de carácter general que permitan dimensionar el problema de la violencia obstétrica en México. Sin embargo, diversas investigaciones académicas con enfoques cualitativos confirman que el tema de la violencia obstétrica se encuentra ausente en las políticas de calidad de los servicios de salud, como así también en la formación de los profesionales de la gineco-obstetricia (Díaz García & Fernández M. , 2018).

El 15 de marzo de 2022 la Cámara de Diputados aprobó reformas a las leyes generales de Salud y de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, con el objetivo de reconocer la violencia obstétrica como un tipo de violencia para las mujeres. Se reforman los artículos 61, fracción I, y 62, y se adiciona una fracción V al artículo 64 de la Ley General de Salud, para establecer que la atención materna-infantil deberá ser integral, libre de violencia y con pertinencia cultural a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera (Cámara de Diputados, 2022).

Como lo hemos mencionado, el problema de la violencia obstétrica no es solo la tipificación que existe sino la falta de leyes que sancione y busquen erradicar el problema. No solo se trata de crear leyes sino también ver que se lleven a cabo, pues la creación de estas no es impedimento para que las prácticas que violentan a las mujeres paren pues también va de la mano de un habitus médico que se ha seguido replicando y estas situaciones continuarán si no hay un cambio en estos ámbitos.

Normativa respecto la violencia obstétrica en México

A través de la normativa y la ley con el objetivo de intervenir para la atención del problema.

Empezando con lo establecido en el artículo 1 y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), el primero es sobre garantizar y el reconocimiento de los derechos humanos tanto en la Constitución y tratados internacionales; el cuarto sobre la protección al derecho a la salud, la suma de estos dos protege los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sin ningún tipo de discriminación.

También es importante que en el derecho exista una conceptualización, definir el problema, La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), resalta y reconoce a la violencia obstétrica como violencia de género y por parte del personal médico por una relación de poder entre personal y paciente (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, 2021).

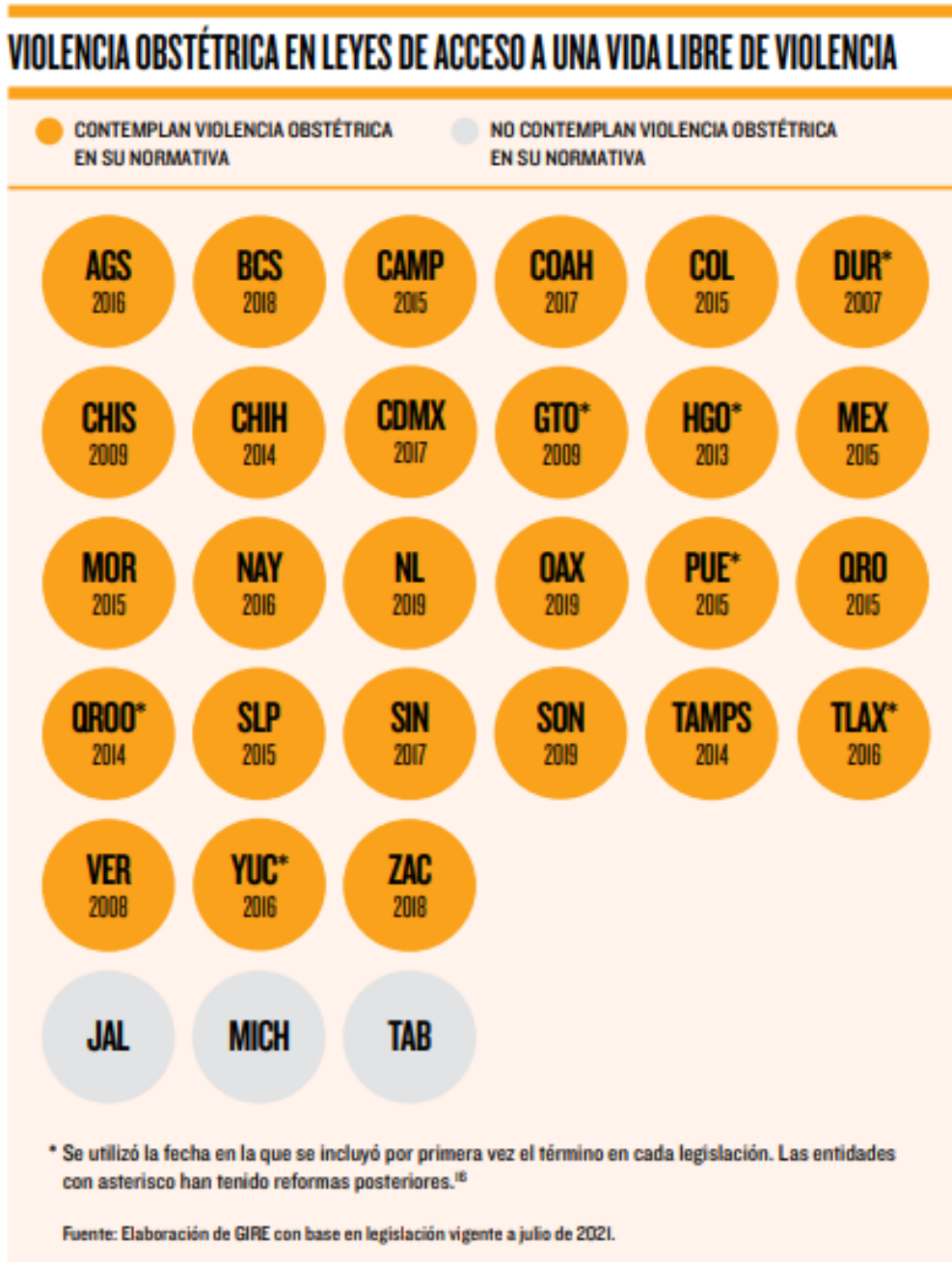
La Constitución Política de la Ciudad de México (CPCM) reconoce los derechos sexuales y reproductivos, las personas tienen derecho a la libertad y decidir sobre su sexualidad, también menciona la labor de las autoridades ante la violencia obstétrica; esto favorece, ayuda a visibilizar y se actué ante el problema (Constitución Política de la Ciudad de México, 2017, págs. 24-25).

Una Norma importante para la atención del problema, por parte de la Secretaría de Salud es la Norma Oficial Mexicana 007, debe ser acatada por el personal de salud tanto público como privado en la Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Debe ser aplicada y observada por la Secretaria de la Salud y los gobiernos de las entidades federativas (Secretaría de Salud, 2018).

En 2007 se publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia, donde se expresan 5 tipos de violencia hacia las mujeres y se incluye la violencia obstétrica, la legislación en México ha avanzado considerablemente, solo 3 estados no incluyen la violencia obstétrica en sus leyes (GIRE, 2020-2021).

En la siguiente imagen se señala los estados y en qué año se incluyó la violencia obstétrica en su normativa, donde se muestra el gran avance que ha habido.

(GIRE, 2020-2021)



Pero entonces si ya existe normativa que define a la violencia obstétrica, ¿Por qué se sigue reproduciendo?; esto se debe no solo es un problema de definición, que también juega un factor importante, debido a que:

De manera explícita una definición de violencia obstétrica haya estado motivada por el objeto de otorgarle visibilidad, preocupa que en la definición que se adopte quede un listado de conductas específicas, de manera taxativa, ya que esto resultaría limitativo y contraproducente para identificar situaciones de violencia obstétrica (GIRE, 2015, pág. 40).

Debemos tomar en cuenta que la violencia de género está institucionalizada, los sistemas de salud cuentan con problemas estructurales y existe desconocimiento tanto de derechos como de los mecanismos por parte de las usuarias de salud o la desconfianza (Castro & Frías , 2022).

Mecanismos que actúan en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos

Disponer de mecanismos para el cumplimiento de derechos sexuales y reproductivos ayuda a atender las situaciones en las que estos derechos se vulneran.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) es la encargada de la protección de derechos humanos en México, con relación al tema, realizando una recomendación, “para que las autoridades de salud combatan violaciones a los derechos humanos de las mujeres en la atención obstétrica con el fin de visibilizar la violencia obstétrica y eliminar toda vulneración a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud” (CNDH, s.f., pág. 1).

Sin embargo, la CNDH no resuelve asuntos o cuestiones legales, porque existen instancias que le corresponden dar acceso a la justicia, eso no quiere decir que no juegue un papel importante ya que es una vía para la justicia, a través de sus recomendaciones y quejas; la CNDH y comisiones locales tienen fundamento en la constitución en el artículo 102 apartado b.

El Congreso de la Unión y las legislaturas de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán organismos de protección de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano, los que conocerán de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, que violen estos derechos (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2021, pág. 100).

La siguiente tabla nos muestra las quejas que se han realizado ante la CNDH del periodo de enero de 2010 a enero del 2020 con un total de 2, 497 quejas, esto nos hace pensar que el número de quejas es muy poco con relación a lo analizado debido a una falta de cultura de derechos.

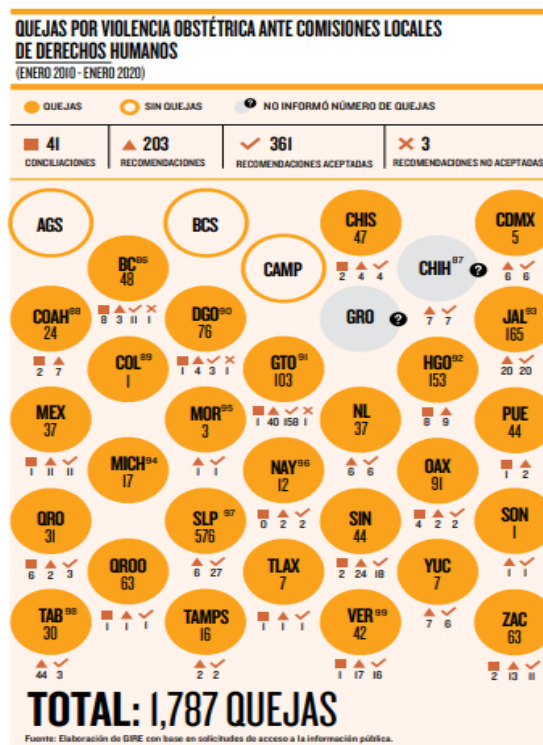
QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA ANTE LA CNDH

TOTAL DE QUEJAS	CONCLUIDAS POR RECOMENDACIÓN	CONCLUIDAS POR CONCILIACIÓN
2,497	130	43

FUENTE: Elaboración de GIRE con base en solicitudes de acceso a la información pública.

En la siguiente imagen son las quejas por violencia obstétrica ante comisiones locales de enero de 2010 a enero de 2020 con un total de 1,787 quejas, siendo San Luis Potosí el estado con más quejas con 576 y solo 6 conciliaciones, esto muestra que existe una gravedad ante resolución que existe por parte de la CNDH a atender el problema.

(GIRE, 2020-2021)



El que existan pocas quejas ante la CNDH y comisiones locales se debe a que existe una falta de cultura de derechos, de acuerdo con El Centro de Estudios

Sociales y de Opinión Pública (CESOP), que el 58.4 por ciento de la población mexicana no conocen sus derechos sociales y el 23.1% han escuchado hablar sobre el derecho a la salud y solo el 9.9% han escuchado hablar sobre el derecho a la seguridad social y únicamente el 2.8% conoce el derecho al acceso a la justicia (Cámara de Diputados, 2018). Las mujeres no buscan denunciar porque no hay conocimiento del procedimiento o sus derechos, también porque no consideran que tengan efectividad y otra de las razones es porque se cree que puede haber represalias en su contra.

la falta de una cultura de derechos plenamente vigente entre las mujeres, que contribuye a que estas se mantengan pasivas y sin ánimo de demandar a las instituciones de salud donde son violentadas, por considerar que esas acciones serán poco efectivas (Castro & Frías , 2022, pág. 23).

Entrevistas

Con objeto de ilustrar esta investigación y de aportar información empírica de primera mano sobre el tema que se aborda, se aplicaron tres entrevistas sobre violencia obstétrica y un testimonio escrito del mismo tema. A las personas que se les realizó la entrevista, se les asignó un seudónimo con el fin de proteger su nombre, seguridad e integridad.

Las entrevistas fueron semiestructuradas, realizadas por llamada telefónica el día 23 de agosto del 2022; las mujeres participantes fueron contactadas por medio de redes sociales, en específico a través de los comentarios de una publicación.

Ana 45 años

La primera vez que Ana tuvo conocimiento de la violencia obstétrica fue por el caso que vivió su mamá en el Seguro Social. Debido a esto su primer embarazo acudió a un hospital particular, un hospital pequeño, en un municipio cercano a Guadalajara. En una famosa “oferta de paquetes” esto por querer acceder a un servicio particular económico con la idea de que es una mejor atención y porque en ese momento era lo que sus recursos le permitían acceder. Su primer embarazo fue cuando tenía 18 años, llegando a dicho hospital con contracciones, siendo esto su primer embarazo y a corta edad, su mamá comienza a percatarse que el ingreso no se está agilizando y comienza a investigar. Desde el arribo al hospital Ana no podía dilatar por lo cual sabía que el nacimiento de su bebé tenía que ser por una cesarí, en ese momento la mamá de Ana descubre por medio de la enfermera que el médico que iba a realizar el parto no era médico y que el hospital donde estaba tenía muchas quejas, practicaban la medicina sin tener un título, habiendo un antecedente de dos personas que en el caso de cesarí de emergencia habían perdido a sus bebés.

Con esta información, su mamá decide sacarla del hospital, le permiten la salida haciendo el comentario que si algo le pasaba era su responsabilidad y haciendo la firmar un documento donde aseguraba que no iba a proceder en contra del hospital.

El segundo parto de Ana no da muchos detalles solo que fue un parto en agua donde lo tuvo sola porque el medico que la atendería se fracturo la clavícula un día antes, estuvo acompañada de la doula pero al momento de comenzar labor de parto la doula tuvo que salir y Ana tuvo a su bebé sola. La forma de compensar por parte del Hospital fue no cobrándole.

En su tercer embarazo tenía 36 años y ella relata que era una mujer más madura con una situación económica diferente acudió al seguimiento de su embarazo con uno de los doctores más renombrados en Guadalajara, llegó a la consulta con 9 semanas de embarazo donde le realizaron una ecografía y preguntaron sobre el historial de embarazos. El doctor le preguntó: “Bueno Ana tú tienes una cesarí, un parto en agua y un aborto, ¿verdad?” a lo cual ella respondió que tenía una cesarí, un parto en agua, pero no había tenido un aborto, acto seguido, el doctor comento: “Ah, pues ya vas a tener uno de cada uno” siendo esta la manera para comunicarle que su bebé no tenía latidos y que estaba sufriendo un aborto en ese momento. 72 horas después de la consulta Ana comenzó a tener síntomas de un aborto espontaneo.

En el primer parto que Ana tuvo ella considera que no recibió violencia física, verbal ni psicológica, pero menciona que recibió comentarios por parte de una enfermera diciendo que por su juventud no podía parir, que ese era un problema y que solo estaba chiqueada, siendo este comentario una violencia verbal que, aunque no es evidente está normalizada por el personal médico y por las mujeres. En el caso de Ana ella es consciente de que la violencia por parte del médico que le notifico de su aborto es parte de una violencia obstétrica, pero no se da cuenta que el comentario de estar “chiqueada” también es una violencia obstétrica que se deja pasar por falta de conocimiento o porque no lo considera grave. En su último embarazo Ana realizó una queja ante el Colegio de Médicos de Obstetricia, pero no recibió una respuesta ya que, Ana asegura que es un doctor muy protegido por el gremio y que su queja solo fue vista como un berrinche y la única respuesta que recibió fue “Ay, es que ya sabemos que es medio rancho para decir las cosas”.

Bárbara 51 años

Fue atendida en ATE 49 del Seguro Social de León, Guanajuato. Con 28 años. Bárbara comenzó con dolores a la una de la mañana los cuales no eran seguidos, fue hasta las diez de la mañana que el dolor no se quitaba, en ese momento acudió al hospital donde la acompañó su suegra. Al llegar al hospital le pidieron que caminará, pero ya no podía y se quedaba sentada, después la pasaron a una camilla donde estuvo acostada boca arriba y no podía moverse. En ese momento se encontraba sola y no recibía atención por parte del personal de salud para ver cómo estaba, solo le hacían llamadas de atención para que no estuviera haciendo ruidos y que no estuviera llorando. Fue hasta las dos de la tarde que se le rompió la fuente y el personal médico se acercó a ella, donde una enfermera le comento que “Que cochinerito me hizo, ¿que no se puede levantar e ir al baño?” lo cual era imposible, ya que ella estaba en una posición incómoda e incapaz de realizar algún movimiento. A las cinco de la tarde Bárbara entró a quirófano, donde los doctores y enfermeras le dijeron “cuando lo estaba haciendo también así hubiera estado gritando” acompañado de otro tipo de comentarios.

Durante la cesaría se tuvieron que llevar a su bebé para ponerle oxígeno, ya que el tiempo en el que estuvo esperando fue demasiado, por lo cual el tiempo del parto ya se había pasado y la bebé nació morada. La bebé tuvo que estar dos horas con oxígeno y le dijeron “Igual de chillona que la mamá”. Bárbara expresa su enojo dado que los médicos sabían que se programaría una cesaría y la hicieron esperar mucho tiempo tratando de que diera a luz mediante un parto vaginal.

Bárbara destaca que durante la cesaría se puso en manos de ellos y no le permitieron el acceso a ninguno de sus familiares, recalca que “Pues, ¿quién me iba a defender? Si no había nadie”.

Le pusieron un DIU que al mes se le salió solo, ella aceptó este método, ya que se asustó mucho y ya no quiso tener más hijos por lo que vivió, por las posiciones incómodas en las que la obligaban a permanecer, el tipo de comentarios como “De aquí a un año la vamos a ver otra vez, chillando como ahorita, pero no más

acuérdesse para que luego cuando lo esté haciendo no chille otra vez”. Bárbara no realizó ninguna queja por miedo a las represalias que pudieran tener contra ella pues comenta que tendría que regresar al mismo hospital pues este es el hospital al que ella acude.

La violencia que sufrió Bárbara fue evidente en todo momento no solo violencia verbal sino también violencia física poniendo en riesgo la vida de su bebé y la de ella.

Carla 49 años

Fue atendida en el Hospital ISSSTE Zaragoza, donde Carla comenta que fue una vivencia muy traumática. Tenía 23 años y llegó a la clínica por la tarde donde la regresaron y le piden que volviera al siguiente día cuando ya fuera más intenso el dolor. Regresó ese mismo día a las diez de la noche con mayor dolor y al revisarla le dijeron que aún faltaba para su labor de parto. Para ese momento Carla ya había roto fuente y el dolor era peor, transcurrió el tiempo hasta las cinco de la mañana, del dolor tan intenso Carla comenzó a presentar vómito y diarrea. Ella pedía que le autorizaran la salida, manifestando que su esposo estaba afuera y la dejaran atenderse en un hospital particular, recibiendo por parte del servicio médicos la respuesta “No, es que usted tiene que darle el derecho a su bebé de que nazca de manera normal” pues ellos mencionaban que su vejiga estaba caída y por esa razón el bebé no podía salir.

Fue hasta las siete de la mañana que los médicos le pidieron a Carla que pujara, ella acataba las indicaciones, pero no sucedía nada donde ella narra que se iba un doctor y llegaba otro, así mismo con los pasantes, los cuales le realizaban el tacto que ella calcula que fueron 50 veces aproximadamente, Carla no logro dilatar más que 4 centímetros y los médicos le dijeron “usted tiene la culpa no abre y no abre” seguido de comentarios como “¿Sabe qué? Usted se tiene que controlar, todas las mujeres pasan por eso y aguántese sino para que quiso tener bebés y aparte, así como esta, usted va a matar a su bebé y menos caso le vamos a hacer”.

Desde las diez de la noche que llegó hasta las cuatro y media de la tarde del siguiente día que hubo cambio de turno, un practicante se dio cuenta que los doctores no le hacían caso y que realmente está sufriendo, le comenzó a sobar las piernas porque le estaban dando calambres. Llega otra doctora y checó el estado en el que se encontraba Carla, donde ella y el bebé presentaban taquicardia, la doctora pide que se le lleve de emergencia a la sala de urgencia para realizarle una cesaría. Ya en el quirófano al momento de realizar la cesaría Carla estaba acostada y amarrada de los brazos sin poder moverse, comienza a vomitar y ahogarse, al ver pasar a una enfermera Carla la pellizca y acto seguido la enfermera la levanta, le colocan una máscara de oxígeno y esto es lo último que Carla recuerda antes de desmayarse.

Despierta al siguiente día muy débil perdiendo la noción del tiempo, transcurre otro día donde y al amanecer pregunta por su bebé y le notifican que nació con asfixia severa y que lo tuvieron que pasar a una incubadora. Cuando la llevan a ver a su bebé, Carla expresa “mi bebé está más muerto que vivo”, él bebe estuvo durante 15 días en ayuno, le realizaron varios estudios en la cabeza porque tuvo sufrimiento fetal, asfixia severa. Estuvo bajo revisión un año hasta que lo dieron de alta y diagnosticaron que no había tenido ninguna repercusión.

Carla relata que su hijo fue creciendo con varios problemas desde el kínder hasta secundaria donde comenzó a tener pensamientos suicidas y pensamientos muy infantiles, debido a esto en la secundaria los canalizaron con una psicóloga por el comportamiento que presentaba. La psicóloga la canaliza a un hospital con un psiquiatra el cual le pide referencias del nacimiento, al llevarle todos los documentos el psiquiatra determina que su hijo presenta un retraso emocional. Carla comparte que su hijo actualmente tiene 25 años y su comportamiento sigue siendo el mismo. Carla presento una queja en trabajo social de la clínica y solo tomaron nota.

En el caso de Carla hubo violencia obstétrica se presentó de manera física, verbal, psicológica y clínica, pues en este caso no solo quedó en la violencia que vivió, sino

que también hubo repercusiones que perjudicaron el desarrollo de su hijo y la forma en la que ella ve la maternidad.

En los cuatro casos¹ que hemos visto, todas concuerdan en que ya paso tiempo y no lo hablaron antes porque se sentían vulnerables, no tienen conocimiento de lo que les había sucedido como tipo de violencia. Las mujeres no proceden a denuncias o quejas porque no hay confianza en que le den un seguimiento, no tienen la información de cómo y dónde hacerlo, por miedo a las repercusiones que puedan tener hacia ellas y las que lo hacen solo son ignoradas.

¹ Una cuarta persona bajo el seudónimo de Daniela, contactada de la misma forma que las otras mujeres a las que les realizamos la entrevista, nos compartió su testimonio por medio de una denuncia que realizó ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de la Ciudad de México. A Daniela no fue posible realizarle una entrevista, sin embargo, ella decidió compartirnos el documento sin realizar una entrevista por motivos personales. Se nos comentó que hasta el día de hoy su denuncia ha sido ignorada por parte de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de la Ciudad de México ya que es a facultad del médico y este la ignoró. Esto es un ejemplo de que a pesar de denunciar el trato que recibió, no se ha hecho nada para atender la denuncia y tenga una compensación o sanción por parte de la institución de salud a la que acudió. Revisar en anexos la denuncia.

Conclusiones

A manera de conclusión podemos mencionar que, de acuerdo con los objetivos planteados, nuestro objetivo general se cumplió y se determinó con éxito las cuestiones y mecanismos que permiten que la violencia obstétrica prevalezca y se siga reproduciendo en el sistema de salud en México. En el presente trabajo se desarrolló de manera explicativa estas cuestiones.

Dentro del análisis, podemos esclarecer debido a la referencia de los diferentes autores que se retomaron en nuestro trabajo, siendo nuestro principal autor el Doctor Roberto Castro, qué es la violencia obstétrica y como la definición y el nombrarla violencia obstétrica también es parte del problema, debido a la complejidad de este.

Se realizó una comparativa que nos ayudó para determinar que llamarla violencia obstétrica es acotar la problemática y que existen otras maneras en las que se conoce como Violación de los Derechos de las Mujeres en los Servicios de Salud Reproductiva, forma en la que el Doctor Castro prefiere nombrarla y otra forma que descubrimos fue Disrespect and Abuse in Childbirth and Respectful Maternity Care.

También se revisaron las razones de porque se replica la violencia obstétrica en el sistema de salud en México, éstas razones fueron explicadas y analizadas en el trabajo. De este modo, se confirma nuestra hipótesis debido a la poca comprensión que existe de los derechos sexuales y reproductivos, debido a esto se sigue normalizando la violencia obstétrica por parte de las mujeres y la sociedad como pudimos verlo en las entrevistas realizadas a tres diferentes mujeres, quienes dejaron en claro que su desconocimiento fue la razón de aceptar violencia obstétrica sin saber que tenía un nombre y en la mayoría de las circunstancias no denunciarlo. Se comprueba que la violencia obstétrica se genera por parte del personal médico

por discriminación, juicios morales y dominación como lo hemos visto a lo largo del trabajo, y siendo ejercida desde la educación y formación de los médicos.

La reproducción de la violencia obstétrica es multifactorial, esta abarca desde el problema que existe con los sistemas de salud en México, los derechos humanos, la violencia de género y el habitus médico; todo esto en conjunto permite que el problema se siga reproduciendo por parte del personal de salud.

Se ha avanzado notablemente en la normativa respecto al tema, sin embargo, se deben atender estas demandas, que exista justicia reproductiva; buscar una reparación del daño y atender fallas institucionales, criminalizar al personal médico no es la solución al problema.

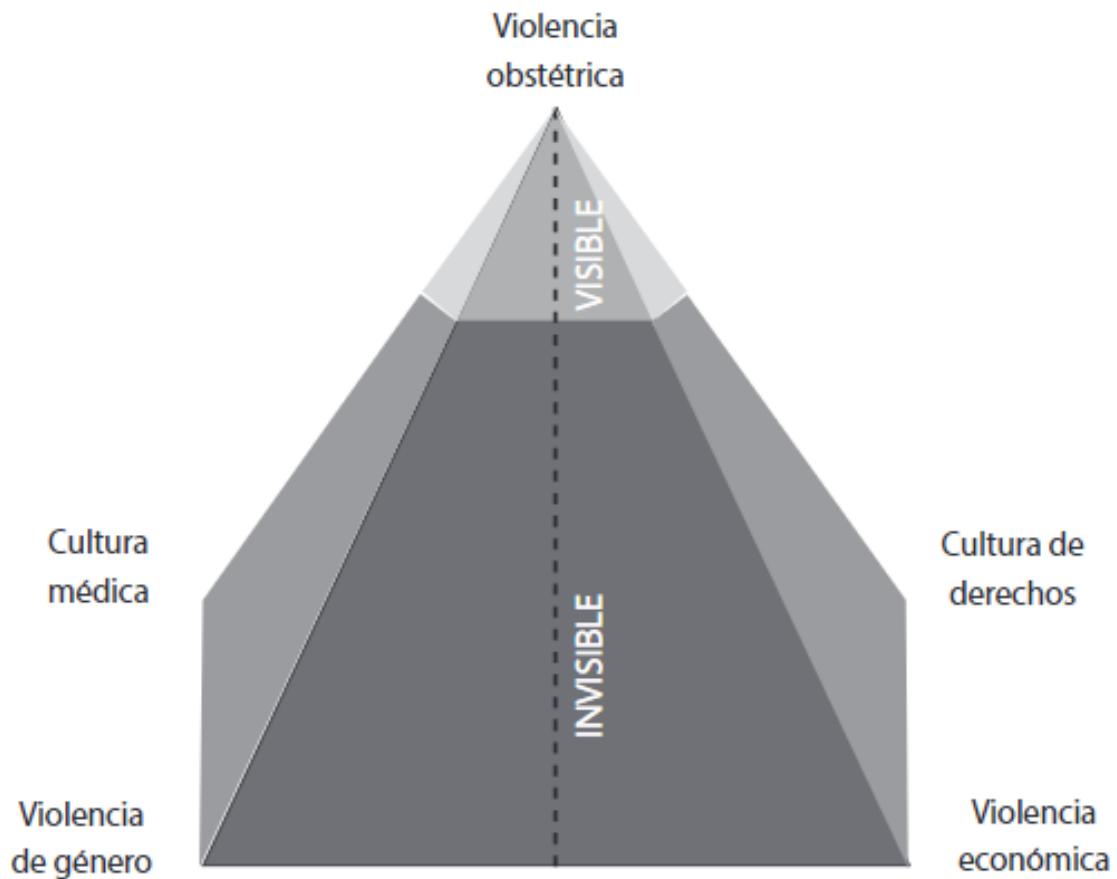
Si no se toma en cuenta los factores que permiten que siga reproduciendo el problema, este nunca se va a poder erradicar. La siguiente pirámide muestra una partitura entre la violencia obstétrica visible e invisible, donde la invisible es más amplia, en ella se abordan cuatro categorías que para el Doctor Roberto Castro son importantes, los cuales son: cultura médica que a lo largo del trabajo lo hemos observado como el habitus médico; la cultura de derechos que se ha hecho presente mediante la violación de estos debido al desconocimiento de las personas; la violencia de género que hemos visto que son cifras alarmantes pues rebasan el 60% y finalmente la violencia económica por parte del estado ante la desigualdad social que existe y las condiciones del sistema de salud en México.

Para nosotras es importante destacar que estos factores permiten la reproducción, pero consideramos que la discriminación también debería ser atendida pues De acuerdo con la ENDIREH 2016, en México, de 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016, 33.4% refirieron haber sufrido malos tratos por parte de quienes las atendieron; 26% de ellas son hablantes de un idioma indígena o se identifican como indígenas(Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)).

A través de este trabajo cumplimos con los objetivos planteados, presentando a la violencia obstétrica, describiéndola, definiéndola, explicándola, ejemplarizarla, analizarla, sus causas y consecuencias, su persistencia y razones, por lo que es una contribución a la problemática sobre el tema que hay que dar luz para que se conozca y se solucione.

(Castro & Frías, 2022)

Figura 1
Pirámide de la violencia obstétrica



Fuente: Elaboración propia.

Anexos

Publicación de Facebook

 **GIRE - Grupo de Información en Reproducción Elegida** 14 de julio - 🌐

¿Cómo identificar la violencia obstétrica? ¿Cuándo es violencia obstétrica?
Aquí te contamos 📌

<https://gire.org.mx/blog/cuando-es-violencia-obstetrica/...> Ver más



GIRE.ORG.MX

¿Cuándo es violencia obstétrica? Más información

¿Cuándo es violencia obstétrica? Las manifestaciones de ...

Violencia obstétrica: esterilización sin consentimiento y anticoncepción forzada en México.

La **violencia obstétrica** es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados. Consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio.

Nos interesa conocer tu experiencia

¿Durante tu embarazo has sufrido algún acto de violencia física, psicológica o verbal por parte del personal del Sistema Nacional de Salud?

Contáctanos

Sofia Flores
Cel: 5532110980
correo: 2183025347@alumnos.xoc.uam.mx

Veronica Rodriguez
Cel: 5563303433
Correo: 2183064479@alumnos.xoc.uam.mx

Descuida, tu información será utilizada solo para fines académicos. Si lo deseas será resguardada bajo el anonimato.

Guía de entrevista

Guía de preguntas basada en las situaciones que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el parto de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016

¿En qué hospital fue atendida?

¿Cómo fue la experiencia que usted vivió?

¿La obligaron a permanecer en una posición que para usted era incomoda?

¿Le hacían comentarios humillantes, le gritaban o la regañaban?

¿En algún momento se le insinuó querer ponerle un método anticonceptivo antes de salir de su parto?

¿Usted procedió de alguna manera con alguna denuncia o queja? Y ¿por qué?

¿En dónde realizaron la queja?

Denuncia realizada ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de la Ciudad de México

Estimada Comisión Nacional de Arbitraje Médico de la Ciudad de México

Mi nombre es [REDACTED] 37 años de edad, Venezolana en proceso de naturalización mexicana y madre desde el pasado 22 de julio de 2021.

El día de hoy les presento mi denuncia en contra el Hospital Español de la ciudad de México y el pediatra neonatólogo, [REDACTED] por haber violado mis derechos humanos en mi proceso de parto y puerperio siendo yo víctima de violencia obstétrica.

De acuerdo a la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en México, la violencia obstétrica contra las mujeres es una violación a los derechos humanos reconocida ante la Organización Mundial de la Salud (OMS). De igual forma, en 2019 la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se reforma y adicionan diversos artículos, tipificando la violencia obstétrica.

De acuerdo a esta nueva modificación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la definición de Violencia obstétrica, es aquella que "se refiere a toda acción u omisión de profesionales y personal de la salud en el ámbito público y privado, que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud sexual o reproductiva; un trato cruel, inhumano o degradante; un abuso de la medicalización de los procesos biológicos naturales; la práctica innecesaria o no autorizada de intervenciones o procedimientos quirúrgicos; la manipulación o negación de información; y en general en cualquier situación que implique la pérdida o disminución de su autonomía y la capacidad de decidir, de manera libre e informada, a lo largo de dichas etapas."

En mi caso, puedo atestiguar que la violencia se cometió en varias etapas de mi proceso de parto y puerperio.

El pasado 22 de julio de 2021, ingresé de emergencias, por una preclamsia no diagnosticada por mi ginecólogo obstetra durante la semana 36 y 4 días de mi embarazo, prácticamente ya a término, a la maternidad del Hospital Español. Una vez ahí, se me hizo una prueba COVID que resultó positiva aún cuando yo no presentaba síntomas de la enfermedad. Mi presión arterial llegó a valores de 190 hasta que pudo ser controlada y se pudo dar inicio a mi cesaría la cual se llevó a cabo sin ninguna complicación. Mi hijo es extraído de mi útero, y a pesar de tener bajo peso, tenía un puntaje de Asperger de (CANTIDAD), aspecto vigoroso, saludable y sin problemas respiratorios. En el momento de nacimiento, sucede la primera violación de mis derechos; a pesar de que tanto mi hijo como yo nos encontrábamos en buen estado físico, se lo llevan inmediatamente de la sala de parto sin permitir contacto piel con piel, tampoco pude observarlo o mirarlo de cerca. Nadie en la sala de parto me preguntó si yo deseaba tocarlo o verlo antes de que el bebe fuese internado en la unidad de cuidados intensivos del hospital por presentar bajo peso. Ni siquiera se le permitió acceso a su padre. Nadie nos preguntó nada, el bebe parecía propiedad del hospital y que yo carecía de autonomía y estaba en mano de ellos. Me hicieron sentir que prácticamente era todo mi culpa por tener COVID.

Ante la conmoción de toda la situación, yo me encontré en una situación de vulnerabilidad en la que simplemente me dejé llevar a media noche literalmente a rastras al confinamiento del pabellón COVID del hospital.

Una vez en el pabellón COVID, donde obviamente no pude descansar por el ruido de pacientes verdaderamente enfermos tosiendo, comienza la segunda violación a mis derechos que es la negación de información clara y acceso a mi hijo en el hospital.

No tenía mi teléfono ni ninguna de mis pertenencias personales conmigo y tampoco me permitían llamar a maternidad a preguntar por el estado de salud de mi hijo. Pasaron horas y tuve que esperar a la mañana siguiente. Supliqué a varias enfermeras hasta que una que me dejó su celular para poder llamar a maternidad para saber si mi hijo se encontraba con buen estado de salud, en realidad, para saber si se encontraba con vida. Mi hijo lo habían confinado también durante un día y medio para aplicarle 2 pruebas COVID y así darle acceso a la UCIN. Su padre, mi pareja, no pudo verlo hasta su segundo día de haber nacido. Todo este tiempo que mi hijo estuvo también confinado, me causó y me causa un estado de ansiedad que nunca antes había vivido. Las horas se volvieron eternas y solo quería salir de ahí o que por lo menos que mi pareja fuera capaz de verlo y decirme que mi bebe estaba bien. El pensamiento de que mi hijo estuvo su primer día y medio de vida aislado en un ambiente totalmente extraño, aislado y sin calor humano, todavía me atormenta. Cabe mencionar que mi hijo nació muy muy despierto, desde el primer instante ya podía fijar la mirada y con un estado de conciencia muy presente. Esto último que hoy en día me enorgullece mucho, en ese entonces me causaba más sosiego. No podía creer que una institución pueda tener un trato tan inhumano.

Una vez en casa, todavía sin conocer a mi hijo, comienzo a investigar y encuentro que otras madres con COVID en otros países, si se les garantizaba el acceso a sus hijos ya estaba demostrado que la vía de contagio de la enfermedad es respiratoria y que estas eran capaces de amantar con tapa bocas. De hecho ya el 20 de mayo del 2020, más de un año antes, la Organización Mundial de la Salud, ya había cambiado de criterio y se aconsejaba no separar a las madres con COVID de los recién nacidos a través del cambio de protocolo y recomendaciones e indica que sólo y únicamente se puede separar a la madre del recién nacido por condiciones de salud. La OMS recalcó los peligros relacionados a la separación de madre e hijo especialmente con bebés de bajo peso y como esto podría influenciar negativamente sus posibilidades de vida. Es entonces que me doy cuenta que la tercera violación a mis derechos humanos es la interrupción a la lactancia. Interrupción por parte de la institución que potencialmente puso en riesgo la vida de mi hijo.

Al décimo día después del parto la cuarta violación a mis derechos es la prohibición de acceso a la UCIN después de haberme recuperado del COVID. A pesar de estar completamente recuperada de COVID, las políticas del Hospital Español no me dejaban acceder a la UCIN sin una prueba PCR COVID negativo, tampoco aceptaban una prueba de antígenos. Estos aún sabiendo mi situación y que los resultados de PCR podrían tardarse hasta más de un mes en dar negativo. Mi intención en ese momento sin embargo, no era entrar a la UCIN, era que después de 10 días de nacido, dejaran salir a mi hijo totalmente sano y lo dejaran ir a casa. Es en ese entonces donde comienza la quinta y más grave violación a mis derechos y a los de mi hijo que es la negación de mi autonomía, libertad y derecho como madre y en dónde ellos continúan tratando a mi hijo deliberadamente como propiedad del hospital. Yo entendía que no podía entrar al hospital, lo que no podía entender era por qué no podía sacar a mi hijo de ahí. Llena de impotencia, dolor y coraje, le comenté amablemente al doctor [REDACTED] que mi tía, pediatra con más de 45 años de experiencia, se encontraba en mi casa en la ciudad de México, que yo estaba sumamente preocupada por la falta de contacto piel con piel que estaba viviendo mi hijo en la UCIN y que tenía todos los recursos para encargarme del mejor cuidado para mi bebe. A pesar de todo esto y de la cantidad de llamadas y mensajes insistentes el doctor

siempre se negó dar de alta al bebe y al contrario, llegó a decirme que el método piel con piel no estaba comprobado científicamente y enfatizó que hasta que el niño no aprendiera a succionar el biberón, no podría darle de alta. Esta era la razón por la cual mi hijo se encontraba hospitalizado, porque según el doctor debía de aprender esta habilidad y engordar más. Recalcó que hasta entonces el bebe no había tenido oportunidad de succionar mi pecho.

No es si no después de mucho tiempo que entendí que muchos bebes no les gusta el biberón porque es muy diferente al pecho de la madre. Irónicamente estaba hospitalizado porque no subía rápido de peso y no succionaba bien el biberón, pero el hospital lo quería retener separado de la mejor fuente de alimentos para él que era yo. El pediatra debe siempre pensar en la salud del niño, y honestamente no se qué es lo que estaban pensando.

Día tras día insistí para que dieran de alta a mi hijo. El día 16 de estar separados, finalmente doy negativo a la prueba de PCR y puedo conocerlo. Este al verme succionó perfectamente de mi pecho sin ningún inconveniente. Imagino los libros de las enfermeras están ahí de prueba para confirmarlo. En ese momento sentí que el hospital y el doctor [REDACTED] habían interferido en el proceso de lactancia, en la naturaleza de la relación madre e hijo y habían perjudicado sus oportunidades de desarrollo y mi psique.

Finalmente, tras rogar y suplicarle muchas veces al doctor [REDACTED] y este ya sin excusas posibles, después de 21 días de hospitalización, le da de alta a mi hijo. Cabe mencionar que obviamente en casa evolucionó a una velocidad muchísimo más rápida.

En ese entonces estaba todavía muy confundida pero ya comenzaba a cuestionar la integridad del doctor y del hospital.

Pasan los meses y tras consultar la opinión de alrededor de 4 pediatras y al contarles la historia de la hospitalización de mi hijo, todos concluyen que un bebe sin dificultades respiratorias y sano, no ha tenido que jamás estar hospitalizado 21 días en la UCIN. Menos si eso implica estar separado de su madre durante tanto tiempo cuando la madre no tiene problemas graves de salud.

No es hasta que ya con 6 meses, presenta un cuadro de diarrea bacteriana que volvemos al hospital Español, por no conocer otro lugar, y estos, una vez más, viendo que mi hijo se encontraba hidratado y estable, sugieren que lo van a hospitalizar de nuevo cuando caí en cuenta de que probablemente siempre se trató de un tema monetario.

Me negué rotundamente a dejar a mi hijo en observación, yo había ido a emergencias por ser feriado y únicamente requería de un examen de heces. Al ver mi reacción, el personal del hospital contacta a [REDACTED], quién enseguida me llamó y durante una conversación verdaderamente desagradable y amenazadora, nuevamente intentó manipularme y aterrorizarme con comentarios como que lo que tenía mi hijo probablemente era muy grave y que si algo le llegaba a pasar a él iba a ser mi culpa. Afortunadamente, ya tenía la suficiente desconfianza en el doctor como para sospechar que se trataba de una manipulación más de su parte. Me mantuve firme y no le quedó más que recetarme un antibiótico y nos fuimos a casa. Resulta que el antibiótico que le recetó por 7 días, Denvar, era excesivamente fuerte y al ver que el bebe empeoró el día siguiente. Muy asustada, no quería volver al hospital Español, logré contactar con un doctor de la Médica Sur que me tranquilizó y comentó que no era nada grave y que el antibiótico recetado por [REDACTED] no era el indicado para el tratamiento de mi hijo

pues era para las infecciones de vías urinarias, que de dárselo 7 días le hubiese borrado su flora intestinal, sugirió que muchos médicos lo recetaban porque recibían incentivos de esa farmacéutica y finalmente me recetó el tratamiento correcto que le hizo bien al instante. En ningún momento me dijo que había que hospitalizarlo. Yo ya en desespero, lo llevé con otra pediatra que también había llamado de urgencias y de igual forma me confirmó exactamente lo mismo; no era el antibiótico adecuado y el bebe sin tener ningún síntoma de deshidratación, no debía ser internado.

Nuestra relación con el Hospital Español y el doctor [REDACTED] quedó desterrada tras este incidente nuevamente abusivo. Esto me convenció que mi hijo pasó sus primeras semanas de vida semanas en ese hospital como ratón de laboratorio con muchísimas pruebas a pesar de no necesitar tratamiento o medicación especial.

Hoy les cuento que toda la situación se sintió como una verdadera tortura. Estar separada de mi hijo, sin conocerlo, después de 16 días de nacido fue y es una situación que todavía se me hace completamente inexplicable y sobre todo injusta. Aún no puedo comprender que esto pueda suceder en el mundo occidental y en el siglo XXI. No entiendo como una institución que supone velar por la salud de los individuos pueda permitir tanto dolor y angustia. Pienso y pienso y no creo que pueda articular el daño que el hospital y el doctor [REDACTED] me provocaron a mi y a mi familia. Entiendo que la política del hospital prohibía la entrada a la UCIN sin PCR, pero sus políticas tampoco eran consistentes. Bastaba con presentar una sola vez el PCR y se podía entrar hasta semanas después sin requisito adicional. Aún entendiendo las políticas del hospital, sigue siendo injusto que dada la situación no se le haya dado de alta anticipadamente a mi hijo y por esto culpo a [REDACTED].

El sentimiento de dolor por mi hijo, por mí, por haber estado separados durante semanas cruciales de su desarrollo, pensar que el estar lejos de mi pudo haberle afectado físicamente, que pudo haber engordado y que se pudo haber alimentado mejor a mi lado... Son sentimientos con los que estoy lidiando día a día. Todos estos sentimientos me desataron un estado de depresión con el cuál sigo luchando a día de hoy y ha afectado de manera importante mi autoestima, mi relación de pareja y mi trabajo. Esto lo puedo certificar por mis terapeutas que he venido consultando desde entonces. Todo ese dolor e impotencia que no lograba articular hasta ahora era una situación desconocida, era ignorante en materia de violencia obstétrica. Todavía me impresiona la cara de las personas cuando les cuento que estuvimos separados 16 días y que no pude tocarlo hasta entonces. Es una mezcla de lastima con vergüenza, como si estuvieran escuchando algo muy grotesco, alguna historia de un país lejano en donde las mujeres no tienen derechos.

He ido a terapia desde entonces para tratar el trauma de su nacimiento de mi hijo. En la última sesión, mi terapeuta mencionó la importancia de contar mi experiencia, de contribuir al bienestar social de otras mujeres denunciando mi caso y es el motivo por el cuál me encuentro acá hoy. Siento que es mi responsabilidad social y mi contribución en contra de la violencia contra la mujer y en específico la violencia obstétrica. Mi experiencia fue verdaderamente una tortura que ha dejado profundas secuelas psicológicas de las cuales aún intento recuperarme. Imaginen que para una mujer el día del nacimiento de su hijo es uno de los días si no el día más feliz de su vida. Para mí no representa si no el día en que me separaron indefinidamente de mi hijo. Los 21 días más amargos.

Coincido con la OMS en que este tipo de violencia esta tan normalizada que no se considera violencia. No es reconocida socialmente y esta ocultada tras protocolos hospitalarios que humillan y violentan a mujeres y sus familias en una situación tan vulnerable como lo es el puerperio. La verdad que en una situación así no somos capaces de defendernos.

En resumen pido al hospital Español y al [REDACTED] una indemnización para mi familia por los daños causados y también pido seguir las recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en materia de violencia obstétrica cambiando sus políticas actuales de separación de la madre y el bebe al presentar bajo peso.

Mis motivos son los siguientes: (1) Violencia al denegar la entrada de los progenitores a la UCIN durante los primeros 2 días de vida, (2) Violencia al fallar en transmitir la información médica adecuadamente durante los 21 días en los que el bebe estuvo hospitalizado, (3) Violencia al restringir sutilmente el contacto entre el bebe y sus progenitores, (4) Violencia cuando la institución y su equipo médico se comportó con el bebe como si fuese de su propiedad sin respetar mi derecho como madre de tener a mi hijo en mi casa, (5) Violencia al interferir en el proceso de lactancia materna. Citando la ley actual, en todos estos momentos se fue en contra de mi autonomía y capacidad de decidir de manera libre e informada causando un daño psicológico a mi persona.

En México, de 2015 a 2021 la Comisión Nacional Derechos Humanos emitió 56 recomendaciones a distintas instituciones de salud, por violencia obstétrica. En tanto, de 1996 a 2020 la Comisión Nacional de Arbitraje México, ustedes, registró 2,156 quejas con motivo de atención de parto y puerperio inmediato. Hoy me tocó lamentablemente a mi presentar mi denuncia y les pido por favor apoyarme a conseguir justicia para mi y para todas esas mujeres que cómo yo todavía no han escuchado del término violencia obstétrica.

Honestamente,



[REDACTED]

Bibliografía

- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. (2020). *PROGRAMA INSTITUCIONAL 2020-2024*. SEGOB.
- (OEA), O. d. (2021). *Tercer Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI*. Obtenido de <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Tercer-Informe-Seguimiento-ES.pdf>
- Act!onaid. (25 de Noviembre de 2020). *Alianza por la Solidaridad* . Obtenido de El 63.5% de las mujeres atendidas en un centro de salud en Bolivia, víctimas de violencia obstétrica : https://www.alianzaporsolidaridad.org/areas/derechos_de_las_mujeres/63-mujeres-atendidas-centro-salud-bolivia-victimas-violencia-obstetrica#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Encuesta%20de%20Prevalencia,fueron%20v%C3%ADctimas%20de%20violencia%20obst%C3%A9trica.
- AJ+ Español. (29 de Noviembre de 2018). Mexicanas que no sabían que llevaban un DIU .
- Alonso Carrasco , M., Martínez Sánchez , B., & Moreno Sánchez , V. (11 de Marzo de 2020). *Ocronos* . Obtenido de Revisión sobre la violencia obstétrica en el ámbito hospitalario: <https://revistamedica.com/violencia-obstetrica/#:~:text=Las%20Naciones%20Unidas%20en%201993,ya%20sea%20en%20la%20Ovda>
- Anaya Muñoz, A., & García Campos, A. (2014). *Recomendaciones internacionales a México en materia de derechos humanos. Contrastes con la situación en el país*. México: ONU-DH México. Obtenido de https://hchr.org.mx/wp/wp-content/themes/hchr/images/doc_pub/EnsayosRecomendaciones_WEB.pdf
- Asamblea Nacional de Panamá. (2022). *Anteproyecto de Ley N°235*. Panamá: Comisión de Trabajo, Salud y Desarrollo Social. Obtenido de https://www.asamblea.gob.pa/APPS/SEG_LEGIS/PDF_SEG/PDF_SEG_2020/PDF_SEG_2022/2022_A_235.pdf
- Badillo , D. (31 de Enero de 2021). *EL ECONOMISTA* . Obtenido de Déficit de personal, “talón de Aquiles” del sistema de salud mexicano: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Deficit-de-personal-talon-de-Aquiles-del-sistema-de-salud-mexicano-20210131-0003.html>
- Bazán, C. (4 de octubre de 2021). *efeminista*. Obtenido de AlMatriz, el centro que busca desnaturalizar la violencia obstétrica en Argentina: [https://efeminista.com/almatriz-violencia-obstetrica-argentina/#:~:text=creadoras%20de%20AlMatriz.-,La%20violencia%20obst%C3%A9trica%20en%20Argentina,contra%20las%20mujeres%20\(26.485\).](https://efeminista.com/almatriz-violencia-obstetrica-argentina/#:~:text=creadoras%20de%20AlMatriz.-,La%20violencia%20obst%C3%A9trica%20en%20Argentina,contra%20las%20mujeres%20(26.485).)
- Borges Damas , L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández , R., & Sixto Pérez , A. (26 de Febrero de 2018). *infoMED*. Obtenido de El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226/293>

- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Sixto Pérez, A. (Julio de 2018). *SciELO*. Obtenido de El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300002
- Bueno, L., & Aguilar, P. (17 de diciembre de 2020). *BiHUX*. Recuperado el 15 de agosto de 2022, de BiHUX: <https://bihux.mx/sistema-nacional-de-salud-en-mexico/>
- Cámara de Diputados. (2018). *Boletín N°. 5628 Cerca del 60 por ciento de los mexicanos no conoce sus derechos sociales: CESOP*.
- Cámara de Diputados. (5 de Mayo de 2022). *Cámara de Diputados*. Obtenido de <https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/boletines/buscan-tipificar-y-sancionar-hasta-con-7-a-os-de-prision-el-delito-de-anticoncepcion-forzada#gsc.tab=0>
- Cámara de Diputados. (2022). *La Cámara de Diputados aprobó, en lo general y en lo particular, reformas en materia de violencia obstétrica*. Obtenido de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/es/Comunicacion/Boletines/2022/Marzo/15/1350-La-Camara-de-Diputados-aprobo-en-lo-general-y-en-lo-particular-reformas-en-materia-de-violencia-obstetrica#:~:text=15%2D03%2D2022.,de%20violencia%20contra%20las%20mujeres>
- Canal Instituto de Investigaciones Sociales. (27 de agosto de 2018). El carácter social de la violencia obstétrica y la anticoncepción forzada en México. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=0J42qrwpZPc>
- Castro, R., & Erviti, J. (2014). *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. Recuperado el 7 de Abril de 2022, de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico>
- Castro, R., & Frías, S. (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales*. Cuernavaca : CRIM .
- Castro, R. (2014). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud colectiva*, 339-351.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca : Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, R., & Frías, S. (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales*. Cuernavaca: CRIM.
- Castro, R., & Frías, S. M. (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales*. Cuernavaca: CRIM.
- Chang, A. (02 de Febrero de 2022). El camino hacia un parto saludable en Panamá y los desafíos del sistema. *La estrella de Panamá*, pág. 1. Obtenido de <https://www.laestrella.com.pa/cafe-estrella/cultura/220202/camino-parto-saludable-panama-desafios>
- Chavez Courtois, M. L., & Sánchez Maya, N. A. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género . *Colegio de San Luis*, 105.

- CIEP. (s.f.). Sistema Universal de Salud. Retos de cobertura y financiamiento. *CIEP*.
- CNDH. (2021). *EL PANORAMA LEGISLATIVO EN TORNO AL DELITO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA*. Obtenido de https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Observancia/RML_Violencia_Obstetrica.pdf
- CNDH. (s.f.). *CNDH México*. Obtenido de <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=30105>
- códigof, el blog de la canifarma*. (28 de septiembre de 2021). Recuperado el 23 de agosto de 2022, de *códigof, el blog de la canifarma*: <https://codigof.mx/en-mexico-33-millones-de-personas-sin-acceso-a-servicios-publicos-o-privados-de-salud-inegi/#:~:text=De%20los%20m%C3%A1s%20de%20126,a%20seguros%20o%20servicios%20privados>.
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. (2021). *CDHCM reconoce la importancia de la decisión de la SCJN en materia de violencia obstétrica*. Ciudad de México.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas*. Recuperado el 24 de agosto de 2022, de <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2017). *SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Ciudad de México. Obtenido de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf
- Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD). (s.f.). *Informe alternativo sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas en México*. Recuperado el 24 de agosto de 2022, de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared%20Documents/MEX/INT_CERD_NGO_MEX_35486_S.pdf
- Conceptos Generales DD.HH. (29 de Mayo de 2018). *Universidad de Alcalá*. Obtenido de Bolivia: Defensor presenta proyecto de ley de atención de salud materna y prevención de violencia obstétrica: <https://www.pradpi.es/es/noticias/noticias-defensorias/bolivia-defensor-presenta-proyecto-de-ley-de-atencion-de-salud-materna-y-prevencion-de-violencia-obstetrica>
- Consejo , C., & Viesca Treviño , C. (2022). *ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. biblat*.
- (2017). *Constitución Política de la Ciudad de México*. Ciudad de México. Obtenido de https://infocdmx.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf
- (2021). *CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS*.
- Constitución Política del Estado. (2009). *Constitución Política del Estado*. Bolivia. Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf

- Cuyo, P. d. (26 de Julio de 2011). *Plataforma de Información para Políticas Públicas*. Obtenido de <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>
- DEA, D. d. (1994). *CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER "CONVENCION DE BELEM DO PARA"*. Brasil. Obtenido de <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Díaz García, L. I., & Fernández M., Y. (Diciembre de 2018). *SciELO*. Obtenido de Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123#:~:text=El%20primero%20de%20esos%20textos,de%20parto%2C%20parto%20y%20postparto.
- Dubón-Peniche, M. (2013). La calidad de la atención y las controversias médico-paciente. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 1. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-la-calidad-atencion-controversias-medico-paciente-X1665920113270178>
- EfectoNaim. (02 de agosto de 2020). Violencia Obstétrica: Así se violentan los derechos de las mujeres embarazadas en América Latina.
- Escuela Nacional de Estudios Superiores . (11 de Septiembre de 2015). Conversatorio Violencia Obstétrica con el Dr. Roberto Castro. Morelia , México .
- Estado Mayor . (14 de Marzo de 2013). *Blog de información militar y seguridad nacional*. Obtenido de ¿Qué es el ISSFAM?: <https://www.estadomayor.mx/22733>
- Ferrara, E. (16 de Mayo de 2022). *télam Digital*. Obtenido de Pese a las leyes vigentes persiste la violencia obstétrica en el país: <https://www.telam.com.ar/notas/202205/592578-pese-a-las-leyes-vigentes-persiste-la-violencia-obstetrica-en-el-pais.html>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (04 de abril de 2022). Salud Sexual y Reproductiva. Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva#readmore-expand>
- Gaceta del Senado . (2018). *Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica* . Ciudad de México : Gaceta del Senado .
- García Romero , H., Cordera Pastor , A., & Vargas Martínez , J. (s.f.). *Salud Pública* . Obtenido de DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UNIDADES MÉDICAS DE PETRÓLEOS MEXICANOS: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5700/6260#:~:text=El%20universo%20de%20los%20servicios,seis%20cl%C3%ADnicas%20y%20160%20consultorios.>
- GIRE. (2015). *Violencia obstétrica, un enfoque de derechos humanos*.
- GIRE. (2020-2021). *El camino hacia la justicia reproductiva*. Obtenido de <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/Violencia-obste%CC%81trica.pdf>

- GIRE. (2020-2021). *el camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes*.
- GIRE. (2020-2021). *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes*.
Obtenido de <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/Violencia-obste%CC%81trica.pdf>
- GIRE. (2020-2021). *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes*.
- GIRE. (2020-2021). *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes*.
- GIRE. (2020-2021). *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes*.
- GIRE. (2022). Ginebra : Comité CDPD .
- GIRE. (s.f.). *GIRE* . Obtenido de VIOLENCIA OBSTÉTRICA: <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/>
- IMSS. (07 de Junio de 2022). *Gobierno de México* . Obtenido de Casi 11 mil médicos especialistas se registraron en la Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación:
<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202206/285>
- IMSS. (2 de Agosto de 2022). *IMSS*. Obtenido de En un año afilia IMSS a 19 mil 648 personas trabajadoras del hogar : <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202003/161>
- IMSS. (s.f.). *Conoce al IMSS*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>
- INMUJERES . (s.f.). *INMUJERES*. Obtenido de <https://www.gob.mx/inmujeres>
- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. (2014). *CUENTA PÚBLICA* .
Transparencia Presupuestaria .
- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. (s.f.). *Atención Médica Preventiva*. Grupo Funcional Gobierno.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf
- Lafaurie Villamil, M. M., Rubio León, D. C., Perdomo Rubio, A., & Cañon Crespo, A. F. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1-25. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>
- Lomelí Vanegas, L. (2000). *La reforma de la seguridad social en México: del sistema de reparto al sistema de capitalización individual*. México: Porrúa. Obtenido de http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/3_ssosocial.htm#:~:text=El%20ISSSTE%20atiende%20a%20los,mediante%20la%20celebraci%C3%B3n%20de%20convenios.
- Manning, A., & Schaaf, M. (s.f.). *Disrespect and Abuse in Childbirth and Respectful Maternity Care*. Obtenido de https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/pdf/da_rmc_brief_final_0.pdf

- MedlinePlus. (27 de Octubre de 2020). *MedlinePlus*. Obtenido de Centros de Salud : <https://medlineplus.gov/spanish/healthfacilities.html>
- Méndez Méndez, J. S., & Llanos Guerrero, A. (21 de Junio de 2021). *Centro de Investigación Económica y Presupuestaria*. Obtenido de De Seguro Popular a INSABI: Mayor población con menor atención: <https://ciep.mx/2iCf>
- Mercenier, P., & Zurita, A. (23 de Agosto de 2022). EL ROL DEL CENTRO DE SALUD EN UN SISTEMA LOCAL DE SALUD BASADO EN.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (2018). *Ley N°25,929 Parto Humanizado*. Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Moscovici, S. (1985). *Psicología Social I. Influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos*. Paris : Paidós.
- Naciones Unidas Asamblea General. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Recuperado el 24 de agosto de 2022, de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>
- ONU. (1981). *CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER*. New York.
- ONU MUJERES . (s.f.). *ONU MUJERES* . Obtenido de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- ONU MUJERES. (2018). *ONU MUJERES* . Obtenido de <https://mexico.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2018/11/violencia-contra-las-mujeres#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20al%20menos%206,asesinadas%20al%20d%C3%ADa%5B3%5D>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* . Suiza : OMS.
- Quattrocchi, P., & Magnone, N. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Remedios de Escalada : De la UNLa . Obtenido de <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/7/20/40-3>
- Secretaría de Marina . (07 de Noviembre de 2008). *SEMAR* . Obtenido de Afiliación y Prestaciones: <https://2006-2012.semar.gob.mx/informacion-sector/tramites/seguridad-y-bienestar-social/afiliacion.html#:~:text=El%20servicio%20m%C3%A9dico%20integral%20es,el%20bienestar%20f%C3%ADsico%20y%20mental>.
- Secretaría de Salud. (2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2/1993 "Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido*. México. Obtenido de https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0090.pdf

Šimonović, D. (2016). *Observaciones de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, Dubravka Šimonović*. Observatorio de Derechos Humanos.

Sosa Sánchez, I. A. (2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *ALTERIDADES*, 1.
doi:<https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2018v28n55/Sosa>

Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 125-146.

WIKIPEDIA. (6 de Julio de 2020). *WIKIPEDIA*. Obtenido de Instituto de Salud para el Bienestar:
https://es.m.wikipedia.org/wiki/Instituto_Salud_para_el_Bienestar